

جامعة اليرموك



جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

رسالة ماجستير بعنوان

الصلابة النفسية و التكيف الانفعالي لدى مرضى

السكري في محافظة اربد

Psychological Hardiness And Emotional Adjustment

In Diabetic In Irbid Governorate

إعداد

زياد طالب العزام

إشراف الدكتورة

منار سعيد بني مصطفى

الفصل الدراسي الصيفي

2014-2013

الإهداء

إلى الغائب الحاضر ... إلى من كانت آخر أمنياته أن يشاركني فرحتي هذه ... إلى من افتقده كل لحظة وخصوصاً في هذه اللحظات ... إلى روح والدي الطاهرة.

"أبي العزيز"

إلى النبراس الذي أشع بنوره قلوبنا ... إلى الشمعة التي تنير دربنا ... إلى الوردة التي عطرت أيامنا بأريجها ... إلى من كانت لنا القلب العطوف الذي مسح دموعنا، والدواء الذي يشفي جروحنا، والبلسم الذي أذقنا معنى الحب والحنان ... إلى من انتظرت هذه اللحظة بفارغ الصبر.

"أمي أكيبت"

إلى من أشعر بالأمان بوجودهم، إلى من لا ترتاح خواطري وحياتي إلا معهم ... إلى من تذوقت معهم أجمل اللحظات.

"أخواني وأخواتي الأعزاء"

إلى من سطرت معهم على جدار الزمن أجمل الذكريات ... إلى من كانوا نبراساً يضيئ لي دربي ... إلى من لا ارتاح إلا بسماع أصواتهم ...

"الأصدقاء الأوفياء"

إلى الأمل الدائم معي في كل وقت ... إلى النور الذي أقتبس منه أجدية اللغة ... إلى من تخفف علي كدر الحياة وتعبها ... إلى أجمل وردة رأيته بحياتي.

"عظيبي أكيبت"

شكر وتقدير

الحمد أولاً لله رب العالمين على ما أعطى وأنعم وأجزل فلك الحمد يا ربنا كما ينبغي لجلال وجهك ولعظيم سلطانك.

الحمد لله الذي منحني القدرة وأمدني بالصبر حتى تمكنت من إعداد هذه الرسالة بصورتها الحالية، ولا يسعني وقد انتهيت منها، إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الدكتورة منار سعيد بني مصطفى، التي قدمت لي المساعدة والتسهيلات والأفكار والمعلومات، وكان لتوجيهاتها القيمة، ومعاملتها الحسنة، ورحابة صدرها، الفضل الأكبر في خروج البحث بهذا الشكل، فجزاها الله خير الجزاء.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة، الأستاذ الدكتور راتب عاشور، والدكتور أحمد الشريفين، الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذه الرسالة، وتحملوا أعباء قراءتها، وتصحيح ما أعوج منها، وما أعطياه من ذخيرة علمية، وثمان وقت، فلهما الفضل كل الفضل في هذه النتائج العلمي بالصورة التي هو عليها بناءً على توجيهاتهم الثمينة، فلهم مني جزيل الشكر والتقدير.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الدكتور محمد المساعدة لما قدمه لسي من آراء وتوجيهات في هذه الرسالة، سداً لثغراتها وتحقيقاً لبلوغ الهدف. كما أتقدم بجزيل الشكر للأخ والزميل هيثم محمد العزام الذي تكرم بكل رحابة صدر بمراجعة البحث وتصحيحه لغوياً.

وأخيراً أتقدم بعميق الشكر، ووافر الامتنان إلي كل من وقف بجانبني وأضاه لي طريق العلم، وإلي كل من ساعدني بنصيحة أو مشورة أو رأي، متمنٍ من العلي التقدير أن يوفقنا إلي ما فيه خير أمتنا، ويكتب لنا الإخلاص في القول والعمل، وأنه نعم المولى ونعم النصير.

قائمة المحتويات

ج	الإهداء.....
د	شكر وتقدير.....
هـ	قائمة المحتويات.....
ح	قائمة الجداول.....
ط	قائمة الملاحق.....
ي	الملخص.....

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

1	المقدمة:.....
2	مفهوم الصلابة النفسية.....
11	التكيف الانفعالي.....
18	مرض السكري.....
21	مشكلة الدراسة.....
23	أهمية الدراسة.....
24	محددات الدراسة.....
24	التعريفات الاصطلاحية والإجرائية.....

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

26	أولاً: الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية.....
30	ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع التكيف الانفعالي.....
35	ثالثاً: الدراسات التي جمعت بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي.....

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة.....	خطأ الإشارة المرجعية غير معرفة.
أفراد الدراسة.....	38
أدوات الدراسة.....	39
دلالات صدق وثبات مقياس الصلابة النفسية في الدراسة الحالية.....	40
أولاً: صدق.....	40
ثانياً: مقياس التكيف الانفعالي.....	43
دلالات صدق وثبات مقياس التكيف الانفعالي في الدراسة الحالية.....	44
أولاً: صدق مقياس التكيف الانفعالي.....	44
ثانياً: ثبات مقياس التكيف الانفعالي.....	47
ثالثاً: تصحيح أداة الدراسة.....	48
إجراءات تنفيذ الدراسة.....	48
متغيرات الدراسة.....	50
أولاً: المتغيرات المستقلة.....	50
ثانياً: المتغيرات التابعة.....	50
المعالجات الإحصائية.....	50

الفصل الرابع

عرض النتائج

أولاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الأول.....	52
ثانياً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني.....	53
ثالثاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث.....	54
رابعاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع.....	56
خامساً: للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس.....	60

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

63	أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول.....
64	ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.....
67	ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث.....
69	رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع.....
73	خامساً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس.....
77	التوصيات.....
78	قائمة المراجع.....
78	أولاً : المراجع العربية.....
81	ثانياً : المراجع الأجنبية.....
86	الملاحق.....
102	Abesttract.....

قائمة الجداول

- جدول 1: توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات 39
- جدول 2: قيم معاملات الارتباط بين الفقرات وبين أداة الدراسة و الأبعاد التي تتبعها 41
- جدول 3: قيم معاملات ارتباط الأبعاد مع الأداة، ومع معاملات الارتباط البنوية للأبعاد 42
- جدول 4: قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وإعادة أداة الدراسة وأبعادها 42
- جدول 5: قيم معاملات الارتباط بين الفقرات وبين أداة الدراسة والأبعاد التي تتبعها 45
- جدول 6: قيم معاملات ارتباط الأبعاد مع الأداة، ومعاملات الارتباط البنوية للأبعاد 46
- جدول 7: قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وإعادة أداة الدراسة وأبعادها 47
- جدول 8: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصلابة النفسية وأبعادها لدى مرضى السكري في محافظة إربد مرتبة تنازلياً 52
- جدول 9: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة التكيف الانفعالي وأبعاده لدى مرضى السكري في محافظة إربد مرتبة تنازلياً 53
- جدول 10: قيم معاملات الارتباط بين الصلابة النفسية وأبعاده منجهة والتكيف الانفعالي وأبعاده منجهة أخرى لدى مرضى السكري في محافظة إربد 54
- جدول 11: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات 56
- جدول 12: نتائج تحليل التباين السداسي للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات 57
- جدول 13: نتائج اختبار Games-Howell للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (العمر) 58
- جدول 14: نتائج اختبار Games-Howell للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (المستوى التعليمي) 59
- جدول 15: نتائج اختبار Games-Howell للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض) 59
- جدول 16: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات 60
- جدول 17: نتائج تحليل التباين السداسي للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات 61
- جدول 18: نتائج اختبار Games-Howell للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (العمر) 62
- جدول 19: نتائج اختبار Games-Howell للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض) 62

قائمة الملاحق

الصفحة	المحتوى	رقم الملحق
86	قائمة بأسماء المحكمين	ملحق (أ)
87	مقياس الصلابة النفسية بصورته الأولية	ملحق (ب)
89	مقياس الصلابة النفسية بصورته النهائية	ملحق (ج)
91	مقياس التكيف الانفعالي بصورته الأولية	ملحق (د)
95	مقياس التكيف الانفعالي بصورته النهائية	ملحق (هـ)
98	كتاب تسهيل المهمة	ملحق (و)
99	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.	ملحق (ز)
100	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري.	ملحق (ح)

المخلص

العزام، زياد. الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة اربد.

رسالة ماجستير. جامعة اليرموك. (2014). المشرف: الدكتورة منار بني مصطفى.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصلابة النفسية، والتكيف الانفعالي، والعلاقة بينها لدى مرضى السكري في محافظة اربد، وهل توجد فروق ذات الدلالة الإحصائية في مستويات الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي، يمكن أن تعزى إلى كل من: الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، ونوع العلاج المستخدم، تكونت عينة الدراسة من (345) من الأفراد الذين يعانون من مرض السكري النوع الثاني (Type2). ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس الصلابة النفسية من إعداد الطلاع والنجار(2012) ، ومقياس آخر للتكيف الانفعالي لنن وسمارت وتورتل (Dunn, Smartt & Turtle, 1986).

أظهرت نتائج الدراسة أن درجة الصلابة النفسية لدى حمض السكري كان منخفضاً، وأن مستوى التكيف الانفعالي كان (متوسطاً)، ودلت النتائج أيضاً على وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دال إحصائياً بين المتوسطات الحسابية لمستوى الصلابة النفسية يعزى لكل من متغير (نوع العلاج المستخدم) ولصالح من يتناولون الحبوب؛ ومتغير العمر ، لصالح المرضى من نقل أعمارهم عن 39 سنة، ومتغير المستوى التعليمي، لصالح المرضى الأميين؛ ومتغير عدد سنوات الإصابة بالمرض؛ لصالح المرضى من ذوي سنوات الإصابة بالمرض القصيرة (من 4 سنوات فأقل). كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية). كما أظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين

المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد يعزى لمتغير (نوع العلاج المستخدم)؛ لصالح من يتناولون الحبوب، ووجود فرق دال إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي وفقاً لمتغير (العمر)؛ لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة (من 39 سنة فأقل). وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض)؛ لصالح المرضى من ذوي سنوات الإصابة بالمرض الطويلة (من 10 سنوات فأكثر). وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي تعزى لمتغيرات (الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

الكلمات المفتاحية: الصلابة النفسية، التكيف الانفعالي، مرضى السكري، التكيف.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة:

يشغل موضوع التكيف النفسي حيزاً كبيراً في الدراسات والبحوث النفسية، لأهميته في حياة الأفراد، ولكونه العنصر الأساسي الذي من خلاله يستطيع الفرد أن يتمتع بحياته بشكل ايجابي، بعيداً عن الاضطرابات والضغوطات، فالفرد يتعرض في حياته للعديد من الاضطرابات الجسمية والنفسية التي من شأنها أن تؤثر على طريقة عيشه وتأقلمه مع الحياة، ويمكن أن تأخذ هذه الاضطرابات أشكالاً متعددة، كإصابة الفرد بمرض معين أو التعرض لحادث أو ما شابه.

وقد يحتاج الفرد لبذل مجهود كبير للوصول إلى حالة الاتزان والتوافق التي تمكنه من العيش بسلام، وهناك العديد من العوامل الخارجية والداخلية التي تلعب دوراً هاماً في التأثير على قدرة الفرد في مواجهة العقبات والصعوبات التي يتعرض لها، فالفرد معرض بشكل يومي لخبرات مؤلمة وغير سارة قد يكون لها أثر مؤقت أو مستمر في قدرته على التكيف، ومن هذه الخبرات إصابة الفرد بمرض معين كمرض السكري، وذلك لأن هذا المرض يعتبر من الأمراض المزمنة التي ترافق المريض طيلة حياته، فطبيعة المرض طويل المدى يحدث في نفس المريض مشاعر القلق والخوف، وتجعله ينظر إلى كل خطوة من خطوات العلاج بمزيد من اليأس وعدم الرضا، خصوصاً إذا شعر المريض بعدم قدرته على القيام بوظائفه ومسؤولياته المعتادة أو عيش حياته بصورة طبيعية، كعدم تناول بعض الأغذية، وتجنب القيام بأعمال كانت محببة ومعتادة بالنسبة له، مما يجعل حياة الفرد في وضع جديد يختلف كل الاختلاف عن حياة الشخص السليم والمعافى.

وهذا بدوره ينعكس سلباً على مفهوم الذات لديه، كما يؤثر في قدرته على التكيف الانفعالي والنفسي والاجتماعي، وعليه فإن الباحث يعتقد أنّ القدرة على التكيف ومواجهة هذه الضغوط يتطلب من الفرد أن يتصدى وان يواجه واقعه بصلاية وقوة تحمل عالية تمكنه من الوقوف والتعايش مع الواقع الجديد؛ وتختلف هذه الردود من شخص لآخر من حيث القدرة على التصدي ومواجهة الأحداث والظروف الضاغطة وهذا ما يسمى بالصلاية النفسية (Psychological Hardiness) لدى الفرد.

مفهوم الصلاية النفسية (Psychological Hardiness):

يعد مفهوم الصلاية النفسية من المفاهيم التي بدأت تأخذ حيزاً من الاهتمام في الدراسات الحديثة، حيث تعتبر الصلاية النفسية من الخصائص النفسية ذات الاهتمام الكبير في حياة الفرد التي تمكنه من مواجهة الأمراض والضغوطات بطرق ايجابية وناجحة؛ وقد بدأت الدراسات الحديثة تتعدى دراسة إدراك الأفراد للأحداث الضاغطة وطبيعة المعاناة النفسية إلى طرق مواجهة هذه الأحداث ومقاومتها، أي دراسة المتغيرات النفسية أو البيئية التي من شأنها الحفاظ على سلامة الفرد النفسية وتحسن من قدرته في مواجهة الضغوطات والنتيجة عن الاصابه بالإمراض (مخير، 1996).

وترجع البدايات الأولى لمصطلح الصلاية النفسية إلى كوباسا (Kobasa)، حيث قامت بوضع الأساس لمصطلح الصلاية من خلال عدة دراسات أجرتها، حيث لاحظت أن بعض الأشخاص لديهم المقدرة على التكيف والتغلب على العقبات، على الرغم من تعرضهم للكثير من الأمراض والضغوطات في حياتهم، لذلك فقد وجهت جل اهتمامها إلى الأفراد الأسوياء الذين يشعرون بقيمتهم ولديهم المقدرة على تحقيق ذواتهم، ولديهم القدرة على التغلب على الضغوطات

المختلفة؛ وقد اشتقت كوباسا (Kobasa) مفهوم الصلابة النفسية من خلال تأثرها بالفكر الفلسفي الوجودي الذي ينظر إلى الإنسان على أنه في حالة صيرورة مستمرة (Madi, 2004).

حيث عرفت كوباسا (Kobasa, 1979) الصلابة النفسية بأنها مجموعة من السمات الشخصية تقوم بعمل محدد في مواجهة أحداث الحياة الشاقة التي تواجه الفرد، وتكون على شكل اعتقاد جازم لدى الفرد في قدرته على استغلال كافة المصادر والإمكانات النفسية والبيئة المتاحة لديه؛ حتى يتمكن من إدراك أحداث الحياة إدراكا سليما غير مشوه، وتفسيرها بطرق منطقية وموضوعية ليتمكن من التعايش معها على نحو إيجابي.

كما عرفها مخيمر (2002) بأنها عملية يستطيع من خلالها الفرد استخدام المساندة الاجتماعية والإمكانات المتاحة، التي تمكنه من حماية نفسه من جميع الضغوطات الخارجية والنفسية وخاصة الاكتئاب.

أما الحجار ودخان (2006) الصلابة النفسية بأنها قدرة الفرد على استغلال جميع المصادر البيئية والنفسية المتاحة لديه، وإيمانه بقدرته وفاعليته على تحقيق ذلك، ليتمكن من إدراك الأمراض والضغوطات التي تواجهه وتفسيرها بطرق أكثر واقعية.

قد يتعرض الفرد للعديد من الضغوطات النفسية، والصراعات الناتجة عن إصابة الفرد بمرض جسدي معين، وقد تكون لديه القدرة على التغلب عليها من خلال وسائله التي يتذرع بها، كالإرادة العالية والصلابة النفسية وقوة التحمل لديه، كما يحاول الفرد القيام بنشاط معين، ومن ثم يقوم بنشاط آخر، لاكتشاف السلوك والفعالية التي تمكنه من مواجهة الأمراض والتبديد أوجه الصراع التي من شأنها أن تؤثر في عملية التكيف الانفعالي لديه، أو العمل على التخفيض من حدته (الحافظ، 1987).

كما أن لكل فرد القدرة على إظهار أي مستوى من مستويات الصلابة النفسية، حيث يعتمد ارتفاع ذلك أو انخفاضه على طبيعة الموقف الذي يكون فيه، وعلى الأغلب أن السبب في ذلك يعود إلى الاختلاف في مدى إدراك الفرد للأحداث والظروف التي تواجهه، وما له من دور كبير في التأثير على شكل خبراته والانعكاسات على صحته الجسمية والنفسية؛ لذلك فإن الصلابة النفسية تعتبر طاقة مخزونة لدى كل فرد وتعتبر أيضاً قدرة مكتسبة قابلة للتغيير (عباس، 2010).

وعلى الرغم من تعرض الكثير من الناس للضغوط والأمراض، إلا أن بعضهم لديه القدرة على تجاوزها والمحافظة على صحتهم الجسدية والنفسية، ويعود سبب ذلك إلى امتلاكهم القوة والصلابة التي من شأنها أن تعزز قدرتهم على التكيف مع الأحداث والوقائع الجديدة التي يمر بها الفرد؛ ومع مرور الوقت تصبح لديهم القدرة على تجاوز جميع أشكال الضغوط، والمصادر المسببة لها وعوامل القلق والاكتئاب المسببة لضعف قدرة الفرد على التكيف الانفعالي معها (سلامة، 1996).

ويتميز الشخص الذي يتمتع بقوة صلابة عالية بأنه أكثر صموداً، ومقاومة، وقيادة، ونشاطاً؛ وهذا بدوره يؤكد صحة نظرية كوباسا، التي أشارت فيها إلى أن الصلابة النفسية، تعد عاملاً مهماً للتخفيف من أثر الضغوط والأمراض الجسمية والنفسية على الفرد (Kobasa, 1979).

وقد تأثرت كوباسا (Kobasa) بالمنظور المعرفي للعالم لازاروس (Lazarus) الذي أشار فيه إلى أن عملية تقييم الفرد المعرفي " Cognitive Appraisal " لخصائصه النفسية كالصلابة النفسية، تؤثر في تقييمه للأحداث الضاغطة نفسها، وما يترتب على ذلك من تهديد لصحة الفرد

الجسمية والنفسية ومدى تقديره لذاته، كما يؤثر على نظرة الفرد لمستوى كفايته الذاتية في قدرته على مواجهة الضغوط والتحديات المختلفة (Kobasa & puccetti, 1983).

وتحتوي الصلابة النفسية على ثلاثة مكونات رئيسية ومهمة، حيث توضح ماهية الصلابة النفسية، وما هي سمات الشخص الذي يتسم بقوة الصلابة، وهذه المكونات هي الالتزام، والتحكم، والتحدي، أو ما أطلقت عليها كوباسا ب (3C)، وسيتم عرض هذه المكونات بالتفصيل كما يلي:

أولاً: الالتزام (Commitment): يعتبر مكون الالتزام مهماً جداً من الناحية الوقائية بالمقارنة مع المكونات الأخرى، وذلك لأنه مصدر لمقاومة الضغوط التي يتعرض لها الفرد، حيث أن غياب هذا المكون يمنع الفرد من القدرة على مواجهة الأمراض والاضطرابات النفسية (العبدلي، 2012). ويعتبر الالتزام طريق الفرد لمعرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمه، وقدرته على تحمل المسؤولية، كما يشير إلى اعتقاد الفرد الجازم نحو قيمة العمل الذي يؤديه وفائدته لذاته وللجميع (شقيير، 2002).

كما أن الالتزام يمثل قدرة لديه على إدراك الأهداف، والقيم والإمكانات التي تمكنه من صنع القرارات لتعزز التوازن الداخلي لديه؛ ويظهر ذلك في التزام الفرد نحو نفسه وأهدافه التي يسعى إلى تحقيقها، بالإضافة إلى اهتمامه بالآخرين من حوله، حيث أن الفرد الذي يتميز بالالتزام تكون قدرته على الاندماج مع الأحداث المستجدة أعلى من غيره (عباس، 2010).

ويتصف الفرد الذي يتسم بالالتزام بالرغبة المستمرة في مشاركة الآخرين، والابتعاد عن الانزاع والسلبية، ويؤدي ذلك إلى الحصول على معنى أفضل للحياة، وتصبح لديه نظرة تكيفية ومدركة للأحداث والاضطرابات المختلفة (مجدي، 2007).

وقد بينت كلمن كوباسا ومادي وبكستي (Kobasa, Maddi&Puccetti, 1985) أن الالتزام الشخصي أو النفسي يتمثل بالالتزام اتجاه الذات، ويعرف بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديد أهدافه، وقيمه الخاصة في الحياة، وتحديد اتجاهاته الإيجابية على نحو يميزه عن الآخرين.

وقد صنف أبو الندى (2007) الالتزام إلى ثلاثة أنواع وهي الالتزام القانوني ويتمثل في تقبل الفرد لمجموعة القوانين المعمول بها وامتناله لها. والالتزام الديني ويعرف بأنه التزام الإنسان المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به، والانتهاز عن إتيان ما نهى عنه الله سبحانه وتعالى. وأخيراً الالتزام الأخلاقي وهو أن يلتزم الفرد في علاقاته الشخصية والاجتماعية، حيث يمثل هذا التعريف الإكراه الذاتي، ويعرف بأنه التزام داخلي يرتبط بشكل محدد بالقيود الاجتماعية.

ثانياً: التحكم (Control): بينت كوباسا (Kobasa, 1979) مفهوم التحكم بأنه قدرة الفرد على التحكم بما يواجهه من أحداث تدور حوله وقدرته على تحمل مسؤوليتها، حيث أن إدراك التحكم يتمثل في شعور الفرد بدوره في التأثير على الظروف المحيطة والمتنوعة، وعلى ذلك فإن الفرد يكون قادراً على التحكم بشعوره وتصرفاته في مواجهة المواقف المتنوعة للحياة، بدلاً من الاستسلام والانعزال والعجز عند مواجهتها، بما فيها قدرته على مواجهة الأمراض والأحداث والاضطرابات، وقدرته على التكيف الانفعالي معها. ويعرف التحكم بأنه "اعتقاد الفرد بإمكانية تحكمه بالمواقف الضاغطة التي يتعرض لها" (راضي، 2001: 27).

كما عرفه ويب (Wiebe, 1991) بأنه اعتقاد بتوقع حدوث الأحداث الضاغطة ورؤيتها كمواقف وأحداث شديدة قابلة للتناول والتحكم فيها أو إمكانية التحكم الفعال فيها. وعرفه

مخيمر (1996: 15) بأنه "اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم فيما يلقاه من أحداث، وأنه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، وأنه يتضمن القدرة على اتخاذ القرارات، والاختيار من البدائل، وتقدير وتفسير الأحداث والمواجهة الفعالة".

كما يشير التحكم إلى اعتقاد الفرد في قدرته على السيطرة على الأحداث والمواقف المتغيرة والمثيرة للمشقة النفسية، سواءً كان ذلك في المعرفة أو الوجدان أو السلوك (حمزة، 2002). كما ينظر للتحكم على أنه تصور لدى الفرد بإمكانية التحكم بأحداث وتجارب الحياة المختلفة وتوقعها، وأنها تمثل نتيجة الأعمال التي يقوم بها، فهو يمثل اعتقاد الفرد بتوقع أحداث الحياة الشاقة وإمكانية التعامل معها والتحكم فيها، ويتم النظر للفرد الذي لديه نزعة قوية نحو التحكم أنه لو كافح وحاول فإنه سيتمكن من التأثير في النواتج التي تحدث من حوله (عباس، 2010).

وبين الككلي (2002) أن التحكم اعتقاد عام لدى الفرد بأنه يملك القدرة للسيطرة وعلى أحداث الحياة المتغيرة باستمرار بما فيها من أحداث وأمراض قد تصيب الفرد، سواء كان ذلك سلوكياً أو معرفياً أو انفعالياً.

ثالثاً: التحدي (Challenge): ويُعرف بأنه اعتقاد الفرد الجازم أن التغيير المتجدد في أحداث الحياة، هو أمر طبيعي بل حتمي لا بدّ منه لارتقائه، أكثر من كونه تهديداً لأمنه وثقته بنفسه وسلامته النفسية (Kobasa, 1979). وقد عرفه مخيمر (1996) بأنه اعتقاد الشخص بأن ما يطرأ من تغير على حياته، هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً، مما يساعد على المبادأة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية، التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط.

ويتمثل التحدي أيضاً في قدرة الفرد على التكيف الانفعالي مع أحداث الحياة الضاغطة والمستمرة، وتقبلها باعتبارها أموراً طبيعية خارجة عن قدرة الإنسان ولا بد من حدوثها، كإصابة الفرد بنوع معين من المرض، وقدرته على التحدي تجعل منه إنساناً يتسم بالنمو والنضج، بطرق متكيفة وصحية بعيداً عن مشاعر الانعزال والابتعاد عن الواقع (العبدلي، 2012).

ويتسم الفرد القادر على التحدي بالنظر إلى أحداث الحياة، سواء كانت إيجابية أم سلبية على أنها محفزات وليست مهددات؛ ويسعى كذلك إلى التغيير وعدم الثبات، وهو أمر طبيعي وصحي بالنسبة له (Long, 2005).

وترى كوباسا (Kobasa, 1982) أن التحدي يخفف من العوامل الضاغطة والمرضية على الجانب الحسي للفرد، وذلك من خلال النظر إلى أحداث الحياة كعوامل من شأنها تحفيز الفرد لا تهديده؛ لأنها تعتبر تغييرات صحيحة، ومحاولات لتغيير النفس، مما يؤدي إلى تطورها وذلك من خلال المرونة والانفتاح في التعامل مع الأمراض والضغوطات.

ويعتبر الفرد، الذي يتميز بقدرته على التحدي، بأن الاستمرار في تعلم الفرد من خبراته الإيجابية أو السلبية عملية مفيدة ومهمة من أجل التطور؛ كما أن هؤلاء الأشخاص ينظرون إلى الحياة بأنها سهلة ويتطلعون إلى الراحة الدائمة، وبالتالي فإن أي تغيير في مجريات حياتهم يعتبر عامل مهدد لكيانهم (Maddi, 2004).

كما أن الفرد الذي يتسم بالتحدي، يكون قادر على التحفيز وإثارة البيئة التي يعيش فيها، ولديه القدرة على التصرف بشكل جيد في مواجهة كل ما هو غير متوقع من الحياة، وذلك لأنه ينظر إلى الحياة على أنها تحتوي الكثير من المواقف الجديرة بالاهتمام؛ ومن يبحث عن التغيير يعتبر مستكشفاً جيداً للبيئة، ولديه المعرفة للتوجه والتعامل مع المصادر التي تساعد على مواجهة

الأمراض والأحداث الضاغطة، ولديه المرونة المعرفية التي تمكنهم من التعامل مع العوامل المهددة بطرق إيجابية وسليمة (Kobasa, 1979).

ويشير مادي وهارفي (Maddi & Harvey, 2006) إلى أن الصلابة النفسية تتضمن مجموعة من المهارات هي:

1. المواجهة التحويلية: وهي الجهود المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد لخفض تأثير المواقف الضاغطة، والتكيف معها بطريقة جيدة؛ لذلك فإنها تعمل على تحويل الظروف الضاغطة والأمراض العصبية التي يواجهها الفرد إلى فرص للنضج، ونتيجة لذلك فإن الأفراد الذين يمتلكون هذه المهارة يتأقلمون بطرق أكثر فاعلية وتفاؤلية من غيرهم؛ وعلى العكس من ذلك فإن الأفراد الأقل صلابة تكون قدرتهم على التكيف الانفعالي سلبية، مبنية على الابتعاد عن مواجهة الأحداث والأمراض المحتملة وتلافيها قدر المستطاع.
2. الرعاية الذاتية: تعتبر هذه المهارة مهمة جداً في قدرتها على إثارة الفرد بطرق منظمة، والتي تعد مثالية في أساليب مواجهة الأحداث والأمراض الضاغطة، ويحتوي هذا النمط من الرعاية الذاتية على تقنيات الاسترخاء، وأنماط التغذية الجيدة وممارسة الرياضة؛ والهدف العام من ذلك هو المحافظة على قدر مثالي من الطاقة (ليست عالية جداً، ولا منخفضة جداً) وذلك لتسهيل الأعمال الشاقة في المواجهة بالإضافة إلى التفاعلات الاجتماعية.

3. التعامل الإيجابي مع الآخرين: والمقصود بالآخرين أولئك الأفراد المهموم والمؤثرون في حياة الفرد كالأسرة والأقارب والأصدقاء، ويتم التعامل معهم بناءً على شعور الفرد بالدعم الاجتماعي؛ لذلك يجب تعدي جميع الخلافات مع الآخرين للقدرة على تحقيق ذلك، واتخاذ نمط الأخذ والعطاء المتبادل للحصول على المساعدة والتشجيع، وفي نفس الوقت تجنب

كل من المنافسة والحماية المفرطة، لأن كل منها إذا زاد عن مستوى معين أدى إلى هدم هذه العلاقات.

وتبرز أهمية الصلابة النفسية في قدرتها على حماية ووقاية الإنسان من مشاكل نفسية وجسدية عديدة تؤدي إلى نهايات غير مرغوبة، خصوصاً إذا كان الفرد يعاني من مرض مزمن أو ضغوطات حياتية أو صراعات؛ وقد أجريت العديد من الدراسات التي بينت أن الصلابة النفسية تعد صلة وصل بين صحة الفرد الجسمية والنفسية الجيدة (مخيمر، 1996).

كما أن هناك مجموعة من التفسيرات التي تعزز أهمية الصلابة النفسية ودورها البارز في التخفيف من حدة الضغوط التي يتعرض لها الفرد، حيث تؤدي هذه الأحداث الضاغطة إلى استثارة الجهاز العصبي عند الإنسان، وتسبب الإرهاق والتعب النفسي، وما يرافقه من أمراض أخرى تؤثر على صحة الإنسان الجسمية والنفسية (حمادة وعبد اللطيف، 2002).

وقد بينت كوباسا (Kobasa) أيضاً أن للصلابة النفسية دور مهم في مقاومة الضغوط ومواجهة الأمراض التي قد يتعرض لها الفرد، لقدرتها الكبيرة على تعديل إدراك الفرد للأحداث التي تواجهه وجعلها أقل تأثيراً، لذلك فإن للصلابة النفسية علاقة بعمليات الإدراك لدى الأفراد، وتزيد من قدرتهم في مواجهة الأمراض والاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها (عباس، 2010). وللصلابة النفسية أيضاً دور مهم في التأثير على الأفراد من الناحية المعرفية وفي قدرتها على تغيير منظور الفرد للأحداث والأمراض، وما ينتج عنها من تهديد لحياة الفرد، ولأمنه وتقديره لذاته، وتؤثر كذلك في عملية تقييم الفرد لطرق مواجهة الأمراض (مخيمر، 1996).

كما تساعد الصلابة النفسية في مواجهة الأحداث بطرق نشطة، وتؤثر أيضاً على أساليب المواجهة لدى الفرد بطرق غير مباشرة من خلال التأثير على الدعم الاجتماعي، كما تقوده

لاتتباع ممارسات صحية في مواجهة الضغوط، مثل ممارسة الرياضة والانشغال في مواضيع مفيدة وصحية (حمادة وعبد اللطيف، 2002).

ويؤكد كل من أليرد وسميث (Allerd & Smith, 1989) أن الأشخاص الذين يتميزون بقوة صلابة مرتفعة، فإنها تمكنهم من مواجهة الأمراض النفسية الناتجة عن الضغوطات والأمراض الجسدية التي تصيب الفرد، ويعود ذلك إلى طرق إدراك الفرد لها، وقدرته أيضاً على التكيف الانفعالي معها، ويتميزون أيضاً باستعمالهم جملأً أكثر إيجابية عن الذات، مقارنة مع غيرهم الأقل صلابة، الناتجة عن النظرة التفاضلية بالأحداث ودورها في حمايته من الآثار الجسدية والنفسية المتعددة.

مما سبق يرى الباحث أن للصلاية النفسية دور فعال ومهم جداً في مساعدة الفرد على البقاء والقدرة على التكيف مع متطلبات الحياة والظروف الضاغطة والأمراض مهما كانت شديدة، ولها دور أيضاً في تغيير الأفكار اللاعقلانية التي تنتاب الفرد عند تعرضه لاضطراب أو مرض معين، وما له من انعكاسات نفسية تؤثر على الفرد، بالإضافة إلى دورها البارز والمهم في تقوية عزيمة الفرد ومساعدته على التكيف الانفعالي والعيش كغيره من الأشخاص السليمين، وأن تصبح ردود أفعاله مثالا للاستحسان.

التكيف الانفعالي (Emotional adjustment):

التكيف الانفعالي مصطلح يدل على أن أي تغير انفعالي لدى الفرد يكون نابعاً من داخله، سواء في البناء أو الوظيفة، ليجمعه قادراً على الاستمرار والمحافظة على حياته من الإحباط، وقد ظهر هذا المصطلح ليشير إلى قدرة الفرد على تعديل انفعالاته وحماية نفسه من عوامل

القلق والاكنتاب الناتجة عن عدم التكيف مع أحداث الحياة بما تحتوي من أمراض واضطرابات وضغوطات من شأنها أن تؤدي الفرد (مجدي، 2007).

ويعرف عبد الله (1996) التكيف الانفعالي بأنه العملية أو السلوك الذي من خلاله يتغلب الفرد على الصعوبات والتحديات التي تواجهه، وتقف عائقاً حياً لتحقيق حاجاته ودوافعه، لذلك على الفرد أن يغير من شخصيته تغييراً جوهرياً لكي يستطيع أن يشبع حاجاته، وأن يكون قادراً على التكيف مع ظروف الحياة.

وتعود البدايات الأولى للتكيف بشكل عام، إلى نظرية تشارلز دارون عن التطور، التي أشار فيها إلى أن الكائنات الحية كائنات تتسم بالقدرة على التكيف مع الضغوطات والصعوبات التي تواجهها في العالم الطبيعي؛ وذلك لكثرة مصادر الإزعاج والاضغوطات التي تواجه الفرد وتعيقه عن إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية؛ لذلك يتوجب على الفرد بذل الجهود المستمرة لمواجهتها، ويعبر ذلك عن الصورة الصحيحة للسلوك الإنساني المتزن القادر على التكيف بجميع أشكاله بما فيه التكيف الانفعالي (الحافظ، 1987).

ويعد مفهوم التكيف الانفعالي من المفاهيم الأساسية في علم النفس، الأمر الذي جعل الكثير من العلماء المهتمين يعرفون علم النفس من زاوية التكيف النفسي " بأنه العلم الذي يهتم بدراسة قدرة الأفراد على التكيف مع متطلبات البيئة والأحداث المستجدة على الفرد" (عبد الكريم، 1994: 45).

ويرى العديد من العلماء أن التكيف الانفعالي يعتمد على نموذج بيولوجي، يفترض أن جميع المخلوقات تميل إلى الاحتفاظ بالثبات الداخلي، أما على المستوى السيكلولوجي فهذا ما يسمى بالتكيف الانفعالي والذي يشير إلى بداية التوتر لدى الشخص بشكل عام، وينتهي بالوصول إلى الهدف الذي يعمل على إنهاء حالة التوتر التي يعيشها الفرد، نتيجة الإصابة بمرض معين أو

أي ظرف ضاغطة؛ وعلى ذلك فإن الفرد الذي يتسم بالتكيف الانفعالي، قد تعلم الطرق والأساليب التي تقلل من التوتر والاكتئاب (الصفطي، 1983).

كما يتجلى التكيف الانفعالي في مدى مهارة الفرد على الاستبصار التام بقدراته من جانب، وقدرته على فهم المحيط الذي ينتمي إليه، بما فيه من الضغوطات ومصادر التوتر والاكتئاب من جانب آخر؛ حيث يؤدي ذلك إلى مساعدة الفرد في تحديد أهدافه وتطلعاته، وتقلل من تعرضه لهذه المصادر؛ حيث تعتبر الأمراض المزمنة ومنها مرض السكري واحدة من أهم المصادر التي تسبب التوتر والقلق للفرد، وتجعله عرضة للاضطرابات والأمراض النفسية (الخلف، 2007).

ولابد أن يتعرض الفرد لظروف بيئية وأحداث ضاغطة مختلفة، من شأنها أن تزيد من توتر الفرد، وأن تعرضه لعوامل القلق والاكتئاب؛ وعليه أن يتصدى لهذه الظروف وأن يتفاعل معها، وتعتبر هذه الاستجابة هي بالفعل ما يطلق عليه ببساطة عملية التكيف الانفعالي، فعندما يصاب الفرد بنوع معين من المرض كمرض السكري، فعليه أن يكون قادراً على التكيف مع هذا المرض، وتحمل تبعاته وأن يتصدى لجميع أشكال التوتر والقلق المصاحبة له، وذلك بسبب اختلال الوضع الحياتي المعتاد للفرد مع هذا المرض (عطية، 2001).

وشخصية الفرد الذي يتسم بالتكيف الانفعالي هي شخصية منظمة وموجهة في الحياة، ولديها القدرة على تقبل الآخرين من حولها، كما أن لديها القدرة أيضاً على تحمل الصعاب والتكيف مع الأحداث الضاغطة التي من الممكن أن يتعرض لها الفرد في حياته (عبد اللطيف، 2009).

وهناك بعض السمات الشخصية التي بينها الطحان (1996) والتي تدل على وجود سمات التكيف الانفعالي لدى الفرد، والتي تؤهله لمواجهة ظروف الحياة الضاغطة والأمراض

الجسدية، ومن هذه السمات أن يكون لدى الفرد اتجاهات سوية وإيجابية نحو ذاته، بمعنى أن يتقبل الفرد ذاته ويقيم نفسه تقييماً إيجابياً، وأن تتوفر لديه عوامل المعرفة والاستبصار حول نقاط القوة ونقاط الضعف لديه، وتكون شخصيته متماسكة ومتحررة من الكثير من عوامل القلق والإجهاد والصراعات، وأن يتوافر لديه الكفايات العقلية والجسمية والانفعالية التي تمكنه من مواجهة الضغوطات والأمراض، وتكون لديه القدرة على تحمل المسؤولية والتوجيه الذاتي، وتميزه بشخصية قوية وصلبة ليتمكن من مواجهة العقبات، وأن يسعى إلى تنمية إمكاناته ليتسنى له تحقيق ذاته بنجاح، وإدراك الواقع بما فيه من ضغوطات، ومعرفة نفسه معرفة واقعية.

ويعيش الفرد في بيئة مليئة بالمثيرات المختلفة، التي تؤثر فيه ويتأثر بها نتيجة الاحتكاك المتواصل بكل ما تحتويه من أحداث وأمراض واضطرابات، وليس من المحقق أن تشبع جميع حاجاته الفسيولوجية والسيكولوجية، فقد يواجه الإنسان العديد من العقبات المختلفة والشديدة التي تحول بين رغبته وما يسعى إلى تحقيقه، ويتم ذلك بدرجات إما شديدة أو مستحيلة أو قد تكون خفيفة وبسيطة (عطية، 2001).

لاسيما أن عدم قدرة الفرد على التكيف مع البيئة وما تحتويه من أحداث ضاغطة هو بالفعل ما يسمى بعدم التكيف الانفعالي، فقد يكون في ذلك هلاكه؛ ولكن حتى يستطيع الفرد البقاء والعيش بسلام عليه أن يواجه هذه الأحداث بقوة تحدد وصلابة تمكنه من التصدي لكل ما هو مؤلم في حياته؛ فإن الفرد الذي يصاب بنوع من المرض مثلاً، إذا فشل في القدرة على التكيف مع هذا المرض بوسائل سوية فمن الممكن أن يصبح عرضة للعديد من الاضطرابات الأخرى، التي من شأنها أن تؤدي إلى هلاكه وعجزه (الداهري، 2008).

ولكي يتمتع الفرد بصحة نفسية وجسدية سليمة، لا بد أن يحقق التكيف النفسي ببعديه الأساسيين (التكيف الشخصي، والتكيف الاجتماعي) حيث يشير مفهوم التكيف الشخصي إلى أن

يقوم الفرد بإشباع دوافعه وحاجاته بطرق سليمة بعيدة عن القلق والاضطرابات، وأن يكون قادراً على التوفيق بينها وبين أدواره الاجتماعية، بصورة ترضي الفرد نفسه ومجتمعه الذي ينتمي إليه، ولا يتم ذلك إلا إذا كان فرداً قادراً على التكيف والتحكم بانفعالاته ومدركاً لها (عطية، 2001).

ويتوفر لدى الشخص الذي يتسم بالتكيف الانفعالي، قدر عالٍ من الرضا القائم على أساس واقعي، والذي بدوره يؤدي إلى التقليل من مشاعر القلق والتوتر والإحباط التي تتناوب الفرد عند تعرضه لاضطراب معين؛ ويؤدي التكيف الانفعالي كذلك إلى تحقيق السعادة والرضا للفرد، وتساعد في التغلب على مشاعر القلق والاكتئاب والأمراض النفسية الأخرى، ويعتبر الشخص غير متكيف انفعالياً شخصاً غير واقعي، وعاجزاً عن إشباع رغباته الخاصة (الداهري، 2008).

ويعتبر أصحاب النظرية البيولوجية بأن جميع مظاهر الفشل في التكيف الانفعالي، ناتجة عن أمراض تصيب أنسجة جسم الإنسان، وأن هذه الأمراض تؤثر على الحالة النفسية للفرد وتجعله عرضة لعوامل القلق والاكتئاب نتيجة تعرضه للأمراض الجسدية، أو يمكن توارثها، أو اكتسابها من خلال الجروح والعدوى، أو الخلل الهرموني الناتج عن الأحداث الواقعة على الفرد (الخالدي، 2000).

ويرى رواد التحليل النفسي أن التكيف الانفعالي ناتج عن تحقيق التوافق بين مكونات الشخصية المختلفة (الهو والأنا والأنا الأعلى)، وبين متطلبات الحياة، ليتمكن الفرد من القيام بالعمليات العقلية والاجتماعية والنفسية على أكمل وجه، وأن يشعر بالسعادة أثناء قيامه بذلك، وأن لا يكون تابعاً لـ "الهو" ولرغباتها ولا يكون متزتماً لأوامر "الأنا الأعلى"، ويتم ذلك عندما

تتوزع الطاقة النفسية توزيعاً معتدلاً، تسيطر الأنا على أغلبيته لتستطيع أن توازن بين أوامر "الأنا الأعلى" و متطلبات "الهو" و قوانين الواقع و متطلباته (الذويب، 1995).

ويرى يونج أن للتكيف الانفعالي مظهرين (سوي، غير سوي) ويتم التوصل إليهما من خلال متابعة دافعية المثابرة عند الفرد، بهدف تحقيق التفوق وذلك عن طريق اتجاهين هما: اتجاه عصابي ويتمثل في رغبات الفرد واستخدامه للقوة والسيطرة، والاتجاه المعتدل ويتمثل باستخدام المشاعر الاجتماعية والتعاونية المتجهة نحو كمال الفرد (الخالدي، 2000).

ويلاحظ اتفاق آدلر مع فرويد في أن التعويض من الحيل الدفاعية، التي تأخذ أهمية خاصة لأن من خلالها يحقق الفرد تكيفه؛ كما يحدد في هذا المجال مجموعة من الأنماط التكيفية منها النمط الموجب الذي أطلق عليه نمط الحياة السليم النابع من الخبرات العائلية، وأنماط أخرى لا تعتبر سليمة تتمثل بنمط السيطرة والتحكم، ونمط الأخذ من غير العطاء، ونمط الانعزال والتجنب (صالح، 1986).

ويعتقد إريكسون أنه لا يمكن للفرد أن يواجه مشكلاته وتحملها إلا من خلال قيام الشخصية بوظائفها باستمرار، كما يربط بين نمو الشخصية والتكيف الانفعالي، ويعتبر أن الهدف الأسمى في هذه الحياة هو قدرة الفرد على التكيف والنمو بشكل سليم (جابر، 1992).

إلا أن أصحاب المدرسة السلوكية كانت نظرتهم إلى التكيف الانفعالي، أنه بمثابة قدرة الفرد على اكتساب العادات الفعالة للتعامل مع الآخرين، بطرق أكثر إيجابية؛ وتعتبر أساليب التكيف الانفعالي أساليب متعلمة ومكتسبة من خلال الخبرات التي يمر بها الفرد، ويعتبر السلوك التكيفي سلوكاً يشتمل على الخبرات التي تشير إلى كيفية الاستجابة لتحديات الحياة، والتي سوف تقابل بعوامل التعزيز من قبل الآخرين (أبو سعدة، 2005). وطبقاً للسلوكية فإن أنماط التكيف الانفعالي تعد متعلمة ومكتسبة من البيئة بالإضافة إلى خبرات الفرد، لذلك فإن سلوك الفرد

المتكيف يشتمل على مجموعة من الخبرات التي تبين كيفية استجابة الفرد للتحديات الحياتية والضغطات والأمراض، والتي يجب مقابلتها بقوة الصلابة والتعزيز والتدعيم (عبد اللطيف، 2009).

وقد وضع أبو زيد (1987) نظرة السلوكيين المعرفيين الراضة التي تفسر سلوك الإنسان بطريقة آلية ميكانيكية، وقد بين رأيهم كذلك بأن سلوك الفرد إذا لم يجد إثابة وتعزيزاً من الآخرين فإنه سوف ينعكس سلباً، وينتج عن ذلك أن هذا السلوك سوف يأخذ شكلاً شاذاً أو غير متكيف.

كما يرى روجرز بأن الأفراد الذين يعانون من عدم القدرة على التكيف الانفعالي، يعبرون عن بعض الجوانب التي تسبب لهم القلق، فيما يتعلق بأنماط سلوكهم غير المتسقة مع مفهومهم عن ذاتهم، كما يؤكد أن عدم التكيف الانفعالي يمكن أن يستمر إذا حاول الفرد الاحتفاظ ببعض الخبرات الانفعالية بعيداً عن مجال الإدراك أو الوعي، ويقرر روجرز أن معايير التكيف الانفعالي تكمن في مجموعة من النقاط هي: الإحساس بالحرية، والانفتاح على الخبرة، والثقة بالمشاعر الذاتية (عبد اللطيف، 2009). وقد نظر روجرز إلى التكيف الانفعالي على أنه تطابق بين الذات والخبرة، الذي يؤدي إلى ترميز دقيق للخبرات، ليؤدي في النهاية إلى نمو إيجابي يجعله يفكر وينظر للأحداث الضاغطة، والأمراض بمنظور أكثر واقعية، ويجعله متقبلاً لها دون أي تهديد أو قلق (الخالدي، 2000). كما يرى روجرز أن الشخص القادر على أن يتكيف مع الأحداث الضاغطة والأمراض، شخص سليم نفسياً وانفعالياً، واعتبر أن التقدير غير المشروط هو جوهر نمو الفرد، إلا أنه لا يعتبره كافياً لجعل من الفرد شخصاً مثالياً، لأن الفرد بطبعه يبقى بحاجة إلى أن يفهم الواقع فهماً عاطفياً بواسطة شخص آخر (الكلي، 2002).

كما أكد ماسلو على أهمية تحقيق ذاته، من خلال تحقيق التكيف الانفعالي السوي، ووضع مجموعة من المعايير للتكيف الانفعالي، وتتلخص في: قبول الذات، والاستقلال الذاتي، والتوازن والشعور باللاعداوة تجاه الآخرين، والاهتمام الاجتماعي القوي، والعلاقات الاجتماعية السوية، والتمركز حول المشكلات وحلها تلقائياً، والاستقلال الذاتي (عبد اللطيف، 2009).

ومن الملاحظ التي تميز الشخص غير المتكيف انفعالياً معاناته باستمرار من مشاعر التوتر والقلق وتقلب المزاج، والميل إلى الانسحاب من المواقف التي تتطلب المواجهة، بالإضافة إلى مشاعر الغضب والاستنارة، والتشاؤم والشعور بالنقص والدونية (سبيعي، 1992).

وتبرز أهمية التكيف الانفعالي في قدرة الفرد على إدراك العديد من الجوانب والمواقف التي تواجهه، والربط بينها وبين ما يتوفر لديه من تجارب وخبرات سابقة، تمكنه من تحديد نوع الاستجابة وطبيعتها، التي تتفق مع طبيعة الموقف الذي يعيشه الفرد، والتي تساعد في عملية التكيف والتعايش معها حتى تنتهي إلى حالة من الشعور بالسعادة والرضا (أبو زيد، 1987).

مرض السكري (Diabetes):

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية مرض السكري بأنه حالة مزمنة من ازدياد مستوى السكر في الدم، وقد ينتج ذلك من عوامل وراثية وبيئية كبيرة غالباً ما تتضافر مع بعضها بعضاً (القاضي، 1998: 25).

ويعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تصيب الفرد وتصاحبه طوال حياته، ويجب على الفرد أن يتقبل هذا المرض وأن يتكيف معه انفعالياً ونفسياً حتى يستطيع أن يعيش حياته دون مشاكل واضطرابات، وينشأ هذا المرض بسبب ارتفاع مستوى الجلوكوز بالدم عن

المستوى الطبيعي، نتيجة عدم قدرة البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين، أو لخلل ما بحيث لا يتمكن الجسم من الاستفادة من هرمون الأنسولين بالشكل المطلوب (عويس، 2002).

ويصنف بينيت و نويلر (Bennett & Knowler, 2005) مرض السكري حسب الأسباب المؤدية إليه إلى نوعين وهي:

1: النوع الأول: ينتج هذا المرض بسبب دمار في خلايا بيتا في البنكرياس، والتي تعمل على إنتاج الأنسولين لبقاء الإنسان على قيد الحياة، ويمكن اكتشاف وجود الأجسام المضادة التي تعمل على دمار الخلايا، عن طريق تحليل الدم في المختبر، وغالباً ما يبدأ هذا النوع في مرحلة الطفولة والمراهقة.

2: النوع الثاني من مرض السكري: ويعتبر هذا النوع هو الأكثر انتشاراً، ويشكل ما نسبته (95%) من المصابين بالسكري، ولم يتمكن العلماء حتى الآن من معرفة السبب الرئيسي له، وما يميزه عن النوع السابق أنه لا يحدث دمار لخلايا بيتا عند المصابين، ويمكن أن يكون المصاب بحاجة للأنسولين، ولكن بنسبة أقل من النوع السابق وخاصة عند الحاجة للسيطرة على مستوى السكر في الدم.

3: بعض الأنواع الأخرى المحددة من مرض السكري: حيث بينت منظمة الصحة الأمريكية إلى أن هناك ما يقارب (56) نوعاً آخر يندرج تحت هذا التصنيف، وتختلف نسب انتشاره بين الناس، ويمكن لهذه الأنواع أن تتطور بالاشتراك مع الاضطرابات والأنواع الأخرى مثل الأمراض البنكرياسية، أو اضطراب في إفرازات الغدد الصماء، أو كأعراض جانبية لبعض الأدوية أو عوامل كيميائية أو سمية أخرى (Fowler, 2007).

وقد أظهرت بعض الدراسات أن لمرض السكري دوراً كبيراً في الإصابة بالاضطرابات النفسية العديدة، حيث تؤثر هذه الاضطرابات بشكل كبير في عملية التكيف الانفعالي لدى

الشخص المصاب، كما تؤثر في قدرته على الاستجابة للعلاج، وبالتالي نقل السيطرة على المرض، وينكر العالم (Wilson) إن المخاوف والأحزان والهموم التي تصاحب الفرد من الممكن أن تزيد من الإصابة بمرض السكري، وإن حالات القلق والتوتر الناتجة عن المرض، مسئولة إلى حد كبير عن زيادة كمية الكربوهيدرات داخل الجسم بسبب الزيادة في عملية الامتصاص، كما أن الإصابة بمرض السكري تسبب العديد من الانفعالات مثل الحزن الشديد أو الغضب أو القلق (شقيير، 2002).

وتؤثر الحالة النفسية لمريض السكري على عملية العلاج تأثيراً كبيراً، كما تؤثر في التحكم بكمية السكر في الدم، لذلك على المريض بالسكري أن تكون لديه القوة والصلابة للتحكم بانفعالاته حتى لا يكون عرضة للإصابة بالاضطرابات الأخرى (الحسيني، 1990).

وقد قام العديد من المهتمين بالأمراض المزمنة وخصوصاً مرض السكري، بإجراء العديد من الاختبارات النفسية لتحديد الملامح الشخصية للإنسان المعرض للإصابة بمرض السكري، حيث بينت أن مريض السكري يتميز عن غيره بظهور ملامح التعب والمعاناة عليه، والإجهاد النفسي والجسدي، بالإضافة إلى إثارة الخلافات وكثرة الشكوى والنقد، إلى جانب الشعور بعدم الاستقرار العاطفي، والشعور بالتعاسة الحياتية، والشعور بالظلم (النايلسي، 1987).

وهناك العديد من المضاعفات التي يتعرض لها المصاب بالسكري بعد سنوات من الإصابة، خصوصاً الأشخاص الذين يهتمون بصحتهم الجسدية والنفسية، ولعل من أهم هذه المضاعفات ما يظهر على جلد المريض بالسكري من تقرحات جلدية، أو الإصابة بضعف النظر وعدم وضوح الرؤية، أو تلف في أوعية ترشيع الدم الشعري في الكلى (Rudusky, 2006). كما قد يؤدي الاعتلال العصبي لدى المصابين بالسكري إلى مشكلات وظيفية في جميع أجزاء

جسم الإنسان مثل القلب والعيون والمثانة والمعدة، بالإضافة إلى فقدان الإحساس وآلام في الأطراف؛ وقد يتعرض المصاب بالسكري أيضا لتصلب الشرايين بسبب فقدان مرونتها واختلال دورها الطبيعي في العمل (الحسيني، 1990).

وقد بينت البحوث كذلك أن أغلب مرضى السكري يعانون من مشاكل في عملية التكيف داخل الأسرة، ويرفضون تدخل الآخرين في حياتهم الخاصة حتى من أقرب الناس إليهم، كما يمتاز المصاب بالسكري بالتردد في بعض المواقف، لهذا يترك اتخاذ القرار لغيره، ليمارس دوره في الانتقاد ووضع اللوم عليه، ويفقد مريض السكري ثقته بنفسه في الغالب ولكن بدرجات متفاوتة، بسبب تعرضه للعديد من الصراعات مما يعيق قدرته على اختيار الأهداف المناسبة لشخصيته (النايلسي، 1987).

وأخيراً، يرى الباحث مما سبق أن مرضى السكري عرضة للعديد من الضغوطات النفسية والصحية وما يرتبط بها من مشاعر القلق والخوف والتوتر، بسبب ما يتوقعونه من آثار سلبية مستقبلية، قد تصيبهم كمضاعفات لمرض السكري، حيث إن لم يتمكن المرضى من مواجهة هذه التحديات والصعوبات بصلافة وقوة وقدرة على التحدي فقد تترك عليهم بنتائج سلبية تؤثر في قدرتهم على التكيف والتعايش في حياتهم نفسياً واجتماعياً.

مشكلة الدراسة

تتلخص مشكلة الدراسة في أن مرض السكري من الأمراض المزمنة التي أصبحت تنتشر بشكل واسع في المجتمع العربي بشكل عام، والمجتمع الأردني بشكل خاص، (ولأسباب متعددة)؛ وبغض النظر عن هذه الأسباب، إلا أن الفرد المصاب غالباً ما يشعر بسوء التكيف النفسي والانفعالي بسبب المرض وما يتطلب من حذر في التعامل معه، وإلى الشعور بعدم الرضا عن

الذات، والإحساس بالنقص في بعض المواقف، ويرى الباحث بأن الصلابة النفسية والقدرة على التحمل الذاتي التي قد يتمتع بها بعض الأفراد قد تسهم بدرجة كبيرة في مساعدتهم على التكيف والتغلب على الصعوبات والتحديات المرافقة لمرض السكري، باعتباره من الأمراض المزمنة والتي تصاحب الفرد طيلة حياته.

كما يرى الباحث أن من الضروري دراسة أثر الإصابة بالأمراض المزمنة على الأفراد بشكل عام، ومرض السكري من النوع الثاني (Type2) بشكل خاص، كونه يشكل ما نسبته (95%) من مرضى السكري. وأثر الصلابة النفسية في كيفية مواجهة الأمراض الاضطرابات، ومدى قدرتها في التأثير بعملية التكيف الانفعالي للفرد، وعدم جعله عرضة للمزيد من الاضطرابات النفسية الناتجة عن الاضطراب الجسدي، كما لابد من دراسة الفروق بين الأفراد في قدرتهم على التكيف الانفعالي مع المرض، وتعزيز قدرة الفرد في مواجهة الأمراض والاضطرابات المختلفة، حيث أن عملية التكيف الانفعالي لدى المصابين بالأمراض قد تتأثر بشكل أو بآخر بقوة تحملهم للمرض ومدى صلابتهم، وقد تختلف من شخص لآخر، وقد تتأثر بعوامل عديدة مثل نوع المرض، ومدة الإصابة بالمرض، وجنس المريض، والمستوى التعليمي للمريض، وعمره؛ كل هذه العوامل قد يكون لها الأثر في تطور الاضطراب أو قد تكون مساعدة للوصول إلى مستوى متدنٍ من الشعور باليأس والاضطراب.

وتتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤلات التالية:

- 1) ما مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد؟
- 2) ما مستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد؟
- 3) هل هنالك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصلابة النفسية ومستوى التكيف

الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد؟

4) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى حمض السكري في محافظة اربد تعزى إلى الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد سنوات الإصابة بالمرض ونوع العلاج المستخدم؟

5) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التكيف الانفعالي لدى حمض السكري في محافظة اربد تعزى إلى الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد سنوات الإصابة بالمرض ونوع العلاج المستخدم؟

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية

تبرز أهمية هذه الدراسة كونها تبحث في مواضيع ذات أهمية كبيرة في حياتنا، نظراً للزيادة الكبير والملاحظ في أعداد المصابين بمرض السكري في الأردن بشكل خاص والوطن العربي بشكل عام، كما تظهر أهميتها، كونها تبحث في أثر عوامل جديدة ويقبل البحث فيها على المستوى العربي كالصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى المرضى، ومساعدة الباحثين والمعالجين لإيجاد الطرق والحلول المناسبة التي تعمل على تحسين مستوى التكيف الانفعالي وزيادة القدرة على التحمل والصلابة النفسية لدى هؤلاء المرضى.

ومن المتوقع أن تسهم نتائج هذه الدراسة في تقديم فهم نظري لطبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي، وزيادة القدرة على تعميق مفهوم الصلابة النفسية، وتأثيره على تحسين مستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري.

الأهمية التطبيقية

تبرز أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية في إمكانية توظيف النتائج والمعلومات التي تم التوصل إليها، في زيادة الاستبصار لدى المسؤولين والمهتمين بأمور وقضايا مرضى السكري، بضرورة تبني البرامج والمناهج والأساليب الملائمة لتنمية وتأصيل مبدأ الصلابة النفسية والقوة والقدرة على التكيف والتعايش بسلام مع المرض وما يصاحبه من أعراض؛ كما يؤمل أن تفيد هذه الدراسة أسر المرضى حول دورهم الهام في عملية تكيف ذويهم المصابين مع المرض، كما تبرز أهمية الدراسة في ضوء ندرة الدراسات السابقة، حسب علم الباحث التي جمعت موضوع الصلابة النفسية وموضوع التكيف الانفعالي في آن واحد، كما تبرز أهمية هذه الدراسة في توفير أداة لقياس التكيف الانفعالي معدة خصيصاً لمرضى السكري تمت ترجمتها وإعدادها بما يتناسب مع البيئة الأردنية، مما يسهل استخدامها من قبل باحثين آخرين في المستقبل.

محددات الدراسة:

- تقتصر الدراسة على المرضى المصابين بمرض السكري من النوع الثاني (Type 2) المراجعين للمستشفيات والمراكز الصحية التي زارها الباحث في محافظة إربد.
- كما تقتصر الدراسة على الأدوات التي تم استخدامها في هذه الدراسة، ومؤشرات صدقها وثباتها، ومدى جدية أفراد عينة الدراسة في الاستجابة إلى هذه الأدوات.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

الصلابة النفسية

وهي قدرة الفرد على الاستفادة من جميع المصادر النفسية المتاحة بفعالية ومرونة وقدرته كذلك على استخدام مصادر الدعم الاجتماعي من البيئة، مما يمكنه من مواجهة أحداث

الحياة الضاغطة، وتفسيرها بواقعية وبطرق منطقية والتعايش معها بمنحنى إيجابي وسليم (Kobasa,1979). ويعرف إجرائياً بالدرجة التي حصل عليها المريض على مقياس الصلابة

النفسية المستخدم في الدراسة الحالية.

التكيف الانفعالي:

هو قدرة الفرد على أن يكون متزناً داخلياً، ويشعر بالرضا عن نفسه، وأن يكون لديه القدرة على ضبط انفعالاته الداخلية، وتقبله لنفسه مع قدرته على مواجهة المشاعر السلبية المصاحبة للتوترات والصراعات، التي من الممكن أن تنتابه بظروف معينة، حيث أن عملية الاتزان الداخلي تجعل الفرد يتصرف بطرق سليمة من شأنها، أن تحقق للفرد ذاته (الشحومي، 1989). ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصل عليها المريض على مقياس التكيف الانفعالي المستخدم في الدراسة الحالية.

مرضى السكري

هم الأفراد المصابون بمرض السكري النوع الثاني (Type2)، بسبب عجز البنكرياس في الجسم على إفراز مادة الأنسولين بالكميات المطلوبة، أو عدم استخدام هذه المادة بالطريقة السليمة وبالشكل الفعال (الجمعية الأمريكية لمرض السكري، 2004).

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل مجموعة من الدراسات ذات الصلة بموضوع هذه الدراسة، والتي تمكن الباحث من الوصول إليها، بعد مراجعة لقواعد البيانات والاطلاع على الدراسات المختلفة التي تناولت الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي، وفي ما يلي عرض لهذه الدراسات.

أولاً: الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية

أجرى روس (Ross, 1991) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت لمعرفة تأثير الصلابة النفسية على الالتزام بإدارة الذات لدى مرضى السكري، تكونت من (50) فرد غالبيتهم من العرق الأبيض المصابين بمرض السكري من النوع الثاني، واستخدمت الدراسة مقياساً للصلابة النفسية واستبياناً حول الالتزام بإدارة الذات، وقد بينت النتائج أن هناك علاقة قوية بين الصلابة النفسية ومتغيرات الالتزام، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن مستوى الصلابة النفسية لدى الأفراد المصابين بمرض السكري كانت بدرجة عالية، كما تنبأت الصلابة النفسية بالترام الفرد بنظام معين لإدارة الذات.

كما أجرى كل من شيبيرد وكاشاني (Shepperd & Kashani, 1991) دراسة في نيجيريا هدفت إلى معرفة تأثير الصلابة النفسية في إدراك الفرد لحالته الصحية لدى مجموعة من المصابين بأنواع مختلفة من الأمراض الجسمية، وتأثير الصلابة باختلاف الجنس، حيث تكونت العينة من (75 ذكور و75 إناث)، وتم استخدام مقياس للضغوط لاختبار ما إذا كانت الصلابة ومكوناتها تتفاعل مع الضغوط في عملية التأثير على صحة الفرد الجسمية، وقد أظهرت النتائج وجود اختلاف في مستوى الصلابة النفسية باختلاف الجنس لصالح الذكور، كما

بينت النتائج أن مستوى الصلابة النفسية للذكور كان بدرجة متوسطة في حين جاء مستوى الصلابة النفسية للإناث بدرجة متدنية، كما بينت النتائج أن الذكور الذين كان مستوى الضغط النفسي لديهم منخفضاً تبين أن لديهم أمراضاً نفسية وجسدية منخفضة، بغض النظر عن مستوى الصلابة لديهم، وعلى العكس فإن الأفراد ذوي الضغط النفسي المرتفع من الذكور، قد أظهروا مشاكل أكثر عندما كان لديهم مستوى منخفض من الالتزام، ودلت النتائج أيضاً أن أبعاد الصلابة النفسية لم تتفاعل مع الضغوط في عملية التنبؤ بالصحة لدى الإناث.

وفي دراسة قام بها كل من مارتن وأنجل وجريني (Martin, Engle & Graney, 1999) هدفت لاستكشاف العوامل الديموغرافية والصحية المتنبئة بالصلابة النفسية لدى مجموعة من النساء الأمريكيات اللواتي يعانين من الأمراض المزمنة وسن بين هذه الأمراض مرض السكري، حيث تكونت العينة من (100) امرأة، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء ذوات التعليم المرتفع واللاتي لديهن إدراك ومعرفة بطبيعة المرض كان مستوى الصلابة لديهن منخفضاً، في حين كان مستوى الصلابة النفسية للنساء الأميات وذوات التعليم المتدني أعلى بكثير.

كما هدفت الدراسة التي قام بها كل من نيكولاس وباتريك وجين (Nicholas, Patrice, Jean, 1999) إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي والوضع الصحي لدى عينة مكونة من (110) أفراد من البالغين الأميركيين الأفارقة والأمريكيين الانغلو، حيث بينت النتائج أن هناك علاقة قوية بين الصلابة النفسية وزيادة الدعم الاجتماعي، كما بينت النتائج ارتباط الدعم الاجتماعي بشكل ملحوظ مع إدراك أفضل للحالة الصحية، وقد حصل البالغون الأمريكيون الانغلو على درجة عالية في الصلابة النفسية في حين حصل البالغون الأمريكيون الأفارقة على درجة متدنية في الصلابة النفسية، كما بينت النتائج أن البالغين

الأميركيين الأفارقة قد حصلوا على درجة عالية في الدعم الاجتماعي، وأشارت النتائج أيضا إلى أن هناك علاقة طردية موجبة بين الصلابة النفسية والحالة الصحية الجيدة لدى الأفراد من الطرفين.

وأجرى نافولري (Navuluri, 2000) دراسة في إحدى المناطق الريفية في الهند، هدفت لتحديد العلاقة بين الصلابة النفسية وموقف مريض السكري تجاه الالتزام والتحدي وتقيد الفرد بممارسة الأنشطة البدنية، حيث تكونت العينة من (155) فرداً من المصابين بمرض السكري، واستخدم لأغراض هذه الدراسة مجموعة من الاستبيانات الفردية، حيث بينت النتائج أن مستوى الصلابة النفسية لديهم كان بدرجة عالية، وأشارت النتائج أيضا إلى وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية وتقيد الفرد بممارسة الأنشطة البدنية، وتوصلت الدراسة أيضا إلى وجود ارتباط بين الالتزام والتحدي بدرجة عالية، ولم يكن هناك ارتباط قوي ما بين التحكم وممارسة الأنشطة البدنية، أو استخدام الأفراد المتسمون بالصلابة النفسية لاستراتيجيات إضافية للسيطرة على مرض السكري.

أما دراسة كل من رامش و نافولري (Ramesh & Navuluri, 2000) فقد هدفت لتحديد الفروق بين الجنسين في العلاقة بين الصلابة النفسية وموقف المريض المصاب بالسكري تجاه الالتزام والتقيد بالرعاية الذاتية مع ممارسة النشاط البدني؛ وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (155) شخص من البالغين المصابين بمرض السكري في الهند، وأدرج كل من الصلابة النفسية، والتحكم والالتزام والتحدي كمتغيرات مستقلة في الدراسة، فقد أظهرت النتائج أن معدل الارتباط عند الرجال فيما يخص العلاقة بين الالتزام والتحدي والتمسك بالرعاية الذاتية مع ممارسة النشاط البدني كان دالاً إحصائياً؛ في حين لم تكن هناك دلالة إحصائية في معدل الارتباط في العلاقة بين الالتزام والتقيد بالرعاية الذاتية والالتزام بالنشاط البدني لدى النساء.

وهدفت دراسة جو (Gu, 2008) لدراسة العلاقة بين الالتزام بالحمية الغذائية والصلابة النفسية، حيث تكونت العينة من (332) فرداً مصاب بالسكري في كوريا، وقام الباحث باستخدام استبيان للصلابة النفسية لأغراض هذه الدراسة؛ وأشارت النتائج إلى وجود علاقة بين الصلابة النفسية والالتزام بالحمية الغذائية بدرجة مرتفعة.

وأخيراً أقام كل من جانق و اسفاجر و دوستي (Gangi, Asfajir, Doosti. 2014)

بدراسة في إيران هدفت إلى المقارنة بين مجموعة من المصابين بالسكري، ومجموعة أخرى من غير المصابين بالسكري من حيث درجة الصلابة النفسية لديهم، حيث تكونت العينة من (200) فرد موزعة بالتساوي على المجموعتين، وبينت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية لدى المصابين بالسكري وغير المصابين بالسكري، كما بينت النتائج أن المصابين بالسكري قد حصلوا على درجة متدنية من الصلابة النفسية في حين كانت الدرجة مرتفعة لدى الأفراد غير المصابين بالسكري.

من خلال استعراض الدراسات السابقة، وبالنظر إلى الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية لدى مرضى السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات، يلاحظ وجود تباين في هذه الدراسات بالإضافة إلى اختلاف في مجتمعات الدراسة؛ ومن أبرز الدراسات التي تناولت موضوع الصلابة النفسية دراسة (Ross, 1991) التي أشارت إلى أن الصلابة النفسية لها تأثير كبير على التزام الفرد بإدارة الذات، كما بينت الدراسة التي قام بها (Navuluri, 2000) إلى وجود علاقة قوية بين الصلابة النفسية وتقيد الفرد بممارسة الأنشطة البدنية؛ أما دراسة رامش و نافولوري (Ramesh & Navuluri, 2000) فبينت أن هناك تأثيراً للصلابة النفسية على الوضع الصحي للفرد مع تباين هذا التأثير باختلاف الجنس؛ إلا أنه لم يتبين أي تأثير للصلابة النفسية لدى

المصابين بالسكري ذوو الضغط النفسي في دراسة شيبيرد وكاشاني (Shepperdv & Kashani, 1991).

ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع التكيف الانفعالي

قام جاكسون وآخرون (Jacobson, et al,1986) في كوريا الجنوبية للمقارنة بين الأطفال الذين يعانون من إصابة حديثة بمرض السكري المعتمد على الأنسولين، مع عينة من الأطفال الذين يعانون من الإصابة بمشاكل طبية حادة حديثة، بالإضافة إلى قدرتهم على التكيف النفسي مع المرض؛ واستخدمت الدراسة مجموعة من المتغيرات هي العمر والجنس والطبقة الاجتماعية، وتكونت العينة من (200) طفل موزعين بالتساوي على المجموعتين؛ ولم يأت عن هذه المقارنة أي فروق في ما يتعلق باحترام الذات، أو مراكز السيطرة، أو المظاهر السلوكية، أو الأداء الاجتماعي، كما بينت نتائج الدراسة أن مرض السكري لا يؤدي بالضرورة إلى اضطرابات كبيرة في التكيف الانفعالي، وعدم تدخل العوامل الاجتماعية والديموغرافية مثل العمر والجنس والطبقة الاجتماعية في التنبؤ بمستوى التكيف مع مرض السكري، وبينت الدراسة أن مستوى التكيف النفسي لدى العينة كان بدرجة متوسطة. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن التكيف الانفعالي المبكر مع مرض السكري جزء لا يتجزأ من الصفات العامة والتأقلم معه.

وقد أجرى كل من انزلين وماثيو وديميتتر (Enzlin, Mathieu & Demyttenaere, 2002)

دراسة في الولايات المتحدة هدفت لمعرفة الفروق بين الجنسين، فيما يتعلق بالتكيف الانفعالي مع مرض السكري، والعلاقة بين التكيف الانفعالي، والسيطرة الأيضية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، حيث تكونت العينة من (280) مصاب بالسكري، وقد تم تصميم مجموعة من الاستبيانات النفسية لأغراض هذه الدراسة وفق تقييمهم الذاتي لكل من حالات التكيف، والاكنتاب، والرضا والتوافق الزوجي، إضافة إلى التكيف الانفعالي مع مرض السكري، وقد

بينت النتائج بأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور تبين قدرتهم على التكيف الانفعالي بدرجات أعلى من الإناث وأقل تجنباً لما يواجههم من أحداث، وجاء مستوى التكيف الانفعالي للذكور بدرجة متوسطة في حين كانت الدرجة متدنية لدى الإناث.

كما هدفت دراسة لونارد وجانق وسيفك (Leonard, Jang & Savik, 2002) التي أجريت في اليابان إلى تحديد العلاقة بين المشاكل السلوكية والتكيف الانفعالي والسيطرة الأيضية لدى مجموعة من الأطفال والمراهقين المصابين بمرض السكري من النوع الثاني، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (234) فرد مصاب بالسكري موزعة على المجموعتين بالتساوي، حيث بينت النتائج أن مستوى التكيف الانفعالي لدى الأطفال، كان بدرجة أعلى من المراهقين، وبينت النتائج أيضاً عدم وجود اختلافات سلوكية لدى الأطفال مع احتفاظهم بمستويات طبيعية في القدرة على التكيف الانفعالي مع المرض، في حين اختلفت هذه النتائج لدى المراهقين في ظهور مشاكل سلوكية متزايدة ومستمرة واختلالاً في القدرة على التكيف مع المرض، كما بينت النتائج عدم وجود اختلاف في القدرة على السيطرة الأيضية في المجموعتين.

وهدف دراسة ناردي وآخرون (Nardi, et al, 2008) التي أجريت في نيجيريا للمقارنة بين مجموعة من الأطفال من المصابين بداء السكري مع مجموعة أخرى من غير المصابين، ومجموعة ثانية للمراهقين مقسمة بين المصابين بالسكري وغير المصابين، بهدف المقارنة بين كل مجموعة بنفس العمر في تكيفهم الانفعالي، كما تهدف إلى دراسة العلاقة بين مدة الإصابة بالمرض والسيطرة الأيضية والمؤشرات النفسية الدالة على سوء التكيف الانفعالي لدى المرضى المصابين؛ حيث تكونت العينة من (70) طفل في كل مجموعة بنفس العمر، وأشارت النتائج إلى عدم وجود أي فروق دالة إحصائية في مستوى التكيف الانفعالي لدى مجموعة الأطفال، أما نتائج المراهقين فكانت على العكس من مجموعة الأطفال فدلت على

اختلاف في مستويات التكيف لصالح غير المصابين بالمرض، كما يتسم المراهقون المصابون بالمرض باضطرابات نفسية متكررة الحدوث بشكل أكبر من مجموعة الأطفال المصابين، كما دلت النتائج على وجود علاقة إيجابية بين السيطرة الأيضية والسلامة النفسية لدى المراهقين المصابين.

وأجريت دراسة على يد كل من جيرى وبوراس ومالكارا & Garay, Porras (2011) في Malacara، الصين لدراسة تأثير مرض السكري والاضطرابات الاجتماعية المتنوعة على التكيف الانفعالي، والالتزام بالعلاج والحمية الغذائية لدى مجموعة من المصابين بالسكري من النوع الثاني، وتكونت عينة الدراسة من (210) فرد مصاب متوسط أعمارهم (56) سنة، حيث بينت نتائج الدراسة أن مرض السكري كان له تأثير سلبي كبير وواضح في قدرة الأفراد على التكيف الانفعالي مع المرض، كما بينت الدراسة أن هناك علاقة طردية إيجابية بين التكيف الانفعالي والالتزام بالعلاج، كما تؤثر العوامل الاجتماعية والنفسية بالالتزام المريض بالحمية الغذائية والعلاج، وبينت النتائج أيضا أن مستوى التكيف الانفعالي جاء بدرجة متوسطة لديهم.

كما هدفت دراسة سليمان ونورثان وكروج وكامرون (Sleeman, Northam, Crouch, Cameron, 2012) التي أجريت في ولاية ملبورن الأسترالية، وذلك للكشف عن مستوى التكيف أم النفسي لدى الأطفال المصابين بالسكري من النوع الثاني، من خلال تقارير مقدمة من أولياء أمورهم وأشقايتهم والمقارنة بين آراء الوالدين والأشقاء، فيما يتعلق برأيهم بمدى قدرة ذويهم المصابين بالسكري على التكيف مع المرض، حيث تألفت عينة الدراسة من (99) مريضا، وبعد جمع التقارير تبين عدم وجود اختلاف أو خلل في قدرة الأفراد المصابين

بالسكري في تكيفهم الانفعالي مع المرض، كما لم يكن هناك فروق بين تقييم أولياء أمور المصابين وأشقايتهم بنتائج التقارير المقدمة.

كما قام كارلوس وآخرون (Carlos et al, 2012) بدراسة أجريت في هولندا هدفت إلى الكشف عن التكيف الانفعالي، وإدارة الذات لدى مرضى السكري من النوعين الأول والثاني ضمن إطار التنظيم الذاتي، حيث تكونت عينة الدراسة من (121) مريضاً بالغا من المصابين بالسكري، وتم تقسيم هذه العينة على المجموعتين، واستخدمت الدراسة مقياساً للتكيف الانفعالي ومقياساً للقلق ومقياساً آخر للاكتئاب، أشارت النتائج إلى أن المصابين بالسكري من النوع الأول كان لديهم تفاعل وقدرة على إدارة الذات بدرجة أعلى من المصابين بالنوع الثاني. كما أشارت النتائج إلى أن المصابين بالسكري من النوع الأول لديهم استعداد للتكيف الانفعالي مع المرض بدرجة أعلى من المصابين من النوع الثاني، وبينت النتائج أيضاً أن مستوى التكيف الانفعالي جاء بدرجة متوسطة للمجموعتين.

وأجرى كل من لي ودروري وتاييلور (Li, Drury & Taylor, 2013) دراسة هدفت لوصف طرق التكيف الانفعالي والخبرات التي تتبناها النساء الصينيات كبيرات السن المصابات بداء السكري من النوع الثاني، وتم استخدام المنهج النوعي في الدراسة، حيث تكونت عينة الدراسة من (100) امرأة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين (60-69) سنة بوصف تجاربهن المعيشة و طرق تكيفهن مع مرض السكري من النوع الثاني، وتم جمع البيانات عن طريق المقابلات المنظمة، حيث دلت النتائج أن النساء القادرات على تعديل نمط الحياة بما يتناسب مع الوضع الصحي الجديد يتمتعن بدرجات عالية من التكيف الانفعالي مقارنة مع غيرهن، كما بينت النتائج أن النساء المثقفات والمتعلمات لديهن القدرة على التكيف الانفعالي مع

المرض أكثر من غيرهن، وبينت الدراسة أن مستوى التكيف الانفعالي للنساء جاء بدرجة مرتفعة مع المرض.

كما هدفت دراسة أجراها كل من بيتانكورت وديجان ولونج (Betancourt, Degnan & Long, 2013) في مدينة فيلادلفيا في الولايات المتحدة الأمريكية، للمقارنة بين مجموعتين من المصابين بمرض السكري من العرقين الأبيض والأسود في قدرتهم على التكيف الانفعالي مع الرعاية الصحية المقدمة، والاختلاف في قدرتهم على السيطرة على المرض، وتم تصميم هذا البحث عن طريق دراسة مستعرضة لمجموعة من المرضى البالغين والمصابين بداء السكري من النوع الثاني، حيث تكونت العينة من (332) فرد موزعة بالتساوي على المصابين بالسكري من العرقين، أشارت النتائج إلى أن مستوى التكيف الانفعالي لدى المصابين بالسكري جاء بدرجة مرتفعة، في حين جاء مستوى التكيف الانفعالي بدرجة منخفضة لدى المصابين بالسكري السود، كما أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية تشير إلى أن المصابين بالسكري من العرق الأبيض لديهم القدرة على التكيف الانفعالي بدرجات أعلى مقارنة مع المصابين من العرق الأسود، كما بينت النتائج وجود ضعف في السيطرة على مرض السكري عند أفراد العينة من العرق الأسود مقارنة مع المجموعة الأخرى، مع عدم الالتزام المثالي بالحمية مقارنة مع المصابين من العرق الأبيض.

تنوعت الدراسات السابقة في تناولها لموضوع التكيف الانفعالي لدى مرض السكري فمن هذه الدراسات دراسة (Jacobson, et al, 1986) التي قارنت بين مستوى التكيف الانفعالي لدى مجموعة من المصابين بمرض السكري مع مجموعة ثانية تعاني من أمراض أخرى، حيث أشارت نتائج هذه الدراسة أنه لا يوجد اختلاف في مستوى التكيف الانفعالي بين المصابين بمرض السكري والمصابين بالأمراض الأخرى؛ كما أجريت دراسة قام بها كل من

لي ودرور وتاييلور (Li, Drury & Taylor, 2013) كان الهدف منها وصف طرق التكيف الانفعالي لدى مجموعة من النساء الصينيات من خلال خبرتهن في الحياة، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن قدرة الفرد على تعديل نمط حياته مع الوضع الصحي الجديد يزيد من قدرته على التكيف الانفعالي مع المرض؛ كما هدفت دراسة كل من بيتانكورت وديجانان و لونج (Betancourt, Degnan & Long, 2013) لمقارنة الفروق بين المصابين بالسكري من العرقين الأبيض والأسود في قدرتهم على التكيف الانفعالي مع المرض حيث أشارت النتائج أن المصابين من العرق الأبيض لديهم قدرة على التكيف الانفعالي مع المرض بدرجة أكبر من المصابين من العرق الأسود، كما أشارت مجموعة من الدراسات أن الأطفال المصابين بالسكري لديهم تكيف انفعالي أعلى من المراهقين والراشدين وجاء ذلك في عدة دراسات مثل دراسة جاكسون وآخرون (Jacobson, et al, 1986) ودراسة لونارد وجانق وسيفك (Leonard, Jang & Savik, 2002) ودراسة سليمان ونورثام وكروج وكاميرون (Sleeman, Northam, Crouch, Cameron, 2012).

ثالثاً: الدراسات التي جمعت بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي:

أجريت دراسة قام بها بولك (Pollock, 1986) هدفت لتحديد العوامل التي تعزز التكيف الانفعالي والاستجابات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية مع الأمراض المزمنة في ضوء بعض المتغيرات من ضمنها سمة الصلابة النفسية، حيث تكونت عينة الدراسة من (60) شخصاً مقسمين على ثلاث مجموعات متساوية من البالغين، الذين تم تشخيصهم بإصابتهم بأمراض مزمنة من بينها مرض السكري في مدة زمنية لا تقل عن سنة، حيث بينت نتائج الدراسة ارتباط الصلابة النفسية بشكل كبير بقدرة الفرد على التكيف الانفعالي والفسيولوجي مع

مرض السكري تحديداً دون الأمراض الأخرى، حيث إنه كلما زادت درجة الصلابة النفسية لدى المرضى كانوا أكثر قدرة على التكيف الانفعالي والسيولوجي مع المرض.

كما أجرى نوك (Nowak, 1989) دراسة هدفت للكشف عن أساليب التكيف الانفعالي والصلابة النفسية، حيث تكونت العينة من (194) شخصاً، وتم استخدام مقاييس أساليب التعامل التي تركز على مشكلة التكيف والصلابة النفسية والضغط النفسية بالإضافة إلى الأفكار السلبية الدخيلة، حيث بينت النتائج أن وجود الأفكار السلبية الدخيلة وتجنب طرق التكيف الانفعالي قد ساهمت إلى حد كبير في توقع حالات الضيق النفسي الناتجة عن الأمراض الجسدية المختلفة، وساهمت الصلابة النفسية في توقع حالات الضيق النفسي، وليس نتائج الأمراض الجسدية، كما أشارت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي بدرجة عالية.

وأجرى رابلي (Rapley, 1990) دراسة هدفت إلى معرفة تأثير الصلابة النفسية والكفاءة الذاتية وأسلوب التكيف الانفعالي والاجتماعي، لدى مرضى السكري المعتمدين وغير المعتمدين على الأنسولين وبعد إجراء التعديلات اللازمة بالنسبة لكل من العمر والجنس ونوع مرض السكري، وجدت النتائج أن للصلابة النفسية والتكيف الانفعالي والاجتماعي تأثير إيجابي في القدرة على مواجهة المرض لدى الأفراد المعتمدين على الأنسولين، أما بالنسبة لمرضى السكري غير المعتمدين على الأنسولين، فكان التكيف الانفعالي والاجتماعي وحده كافياً، وقد بينت النتائج أنه لم يتم العثور على أي تفاعل بين المتغيرات، كما أنه كلما كان مستوى الصلابة النفسية أعلى لدى مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين كانت قدرتهم على التكيف الانفعالي والاجتماعي أعلى.

كما أجرى بروكس (Brooks, 2008) دراسة هدفت لوصف الضغوطات الصحية والصلابة النفسية وإدراك طبيعة المرض لدى مجموعة من المصابين بمرض السكري، وأثرها

على التكيف النفسي والاجتماعي، حيث تكونت العينة من (60) فرد من المصابين بالسكري من النوع الثاني، حيث بينت النتائج أن الضغوطات الصحية تؤثر بشكل مباشر على التكيف النفسي والاجتماعي مع الإصابة بالمرض، كما بينت الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية بين الصلابة النفسية وقدرة الفرد على التكيف النفسي والاجتماعي مع مرض السكري، وارتبط الإدراك العالي لتأثير المرض مع مستوى متدنٍ من الصلابة النفسية.

وبالنظر إلى الدراسة الحالية ومقارنتها بالدراسات السابقة فإن هذه الدراسة تتميز عن الدراسات السابقة بأنها تناولت متغيري الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في الأردن الذي يعاني من الانتشار الكبير لمرض السكري، مما يؤكد أهمية وتميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات السابقة، علماً أنه لا يوجد حسب علم الباحث دراسات عربية جمعت بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي مما يبرز قيمتها وأهميتها، الأمر الذي يعزز إجراء هذه الدراسة ويعطيها مسوغاً مقبولاً؛ كما أن ربط الصلابة النفسية بالتكيف الانفعالي سيكون بمثابة انطلاقة لدراسات أخرى في مجال الإرشاد النفسي أو في مجال الصحة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول الفصل وصفاً لمنهج الدراسة ومجتمعها وعينتها، والأدوات التي تم استخدامها ودلالات صدقها وثباتها وتحديد متغيرات الدراسة وإجراءاتها والمعالجات الإحصائية التي استخدمت للإجابة عن أسئلتها.

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي للكشف عن مستوى التكيف الانفعالي ومستوى الصلابة النفسية والعلاقة بينها لدى مرضى السكري في محافظة إربد، وذلك لمناسبتها وطبيعة هذه الدراسة وأهدافها.

أفراد الدراسة

بهدف تحقيق أهداف الدراسة؛ تم اختيار أفراد الدراسة بالطريقة المتيسرة، بحيث شملت المرضى المراجعين للمستشفيات الحكومية والمراكز الصحية التابعة لمحافظة إربد، وبلغت عينة الدراسة (345) فرداً مصاباً بالسكري من النوع الثاني (Type2)، من الذكور والإناث، ومن فئات عمرية مختلفة تم اختيارهم من المراكز والمستشفيات التالية: (مستشفى الأميرة بسمة، ومستشفى اليرموك، ومستشفى الملك عبد الله المؤسس، ومركز صحي كفر يوبا الشامل، ومركز صحي التركمان).

جدول (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
العمر	من 39 سنة فأقل	120	34.8
	من 40 سنة إلى 53 سنة	111	32.2
	من 54 سنة فأكثر	114	33.0
	الكلية	345	100.0
الجنس	ذكر	173	50.1
	أنثى	172	49.9
	الكلية	345	100.0
المستوى التعليمي	أبي	44	12.8
	إعدادي	48	13.9
	ثانوي	84	24.3
	كلية مجتمع	35	10.1
	جامعي	134	38.8
	الكلية	345	100.0
عدد سنوات الإصابة بالمرض	من 4 سنوات فأقل	122	35.4
	من 5 إلى 9 سنوات	107	31.0
	من 10 سنوات فأكثر	116	33.6
	الكلية	345	100.0
نوع العلاج المستخدم	أبر أنسولين	184	53.3
	حبوب	161	46.7
	الكلية	345	100.0
الحالة الاجتماعية	أعزب	48	13.9
	متزوج	253	73.3
	مطلق أو أرمل	44	12.8
	الكلية	345	100.0

أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة؛ تم استخدام مقياس الصلابة النفسية من إعداد الطلاع والنجار (2012)، كما تم استخدام مقياس التكيف الانفعالي من إعداد دن وسمارت وتورنل (Dunn, Smartt & Turtle, 1986).

أولاً: مقياس الصلابة النفسية:

تم استخدام مقياس الصلابة النفسية من إعداد الطلاع والنجار (2012) حيث يتكون المقياس بصورته الأولية من (30) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي: الالتزام ويتكون من (10) فقرات، التحكم ويتكون من (10) فقرات، والتحدي ويتكون أيضاً من (10) فقرات، ويتمتع

المقياس بدرجة عالية من الصدق، وكذلك تم التحقق من الثبات الكلي للمقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية وكانت قيمته (0.7959).

دلالات صدق وثبات مقياس الصلابة النفسية في الدراسة الحالية:

أولاً: صدق مقياس الصلابة النفسية

أ. صدق المحتوى

تم عرض المقياس بصورته الأولية على لجنة التحكيم، حيث تتكون مجموعة من (10) محكمين من الأساتذة في جامعة اليرموك في تخصص الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي، كما هو مبين في الملحق (أ)؛ للتأكد من الصياغة اللغوية، ومناسبة الفقرات لموضوع الدراسة، وتعديل ما يرويه مناسباً على بنود المقياس، إما بالحذف أو الإضافة أو التعديل. وبعد الأخذ بأراء (4) محكمين فأكثر، تم حذف (7) فقرات من المقياس ليناسب أغراض الدراسة الحالية، وأصبح المقياس يتكون من (23) فقرة موزعة على الأبعاد الثلاثة كالتالي: الالتزام يتكون من (8) فقرات، والتحكم (8) فقرات، والتحدي (7) فقرات. والملحق (ب) يبين المقياس بصورته الأولية.

ب. مؤشرات صدق البناء

تم تطبيق أداة الدراسة على عينة استطلاعية مؤلفة من (30) مريضاً ومريضةً بالسكري من خارج عينة الدراسة في محافظة إربد، وذلك لحساب معاملات ارتباط بيرسون بين الفقرات وبين أداة الدراسة والأبعاد التي تتبع لها، وذلك كما في الجدول (2).

جدول (2)

قيم معاملات الارتباط بين الفقرات وبين أداة الدراسة والأبعاد التي تتبعها

البعد	رقم الفقرة	اتجاه الفقرة	الصلابة النفسية	الارتباط مع:	
				البعد	المقياس
الالتزام	1	موجبة	أسعى لتحقيق أهدافي مهما كانت العقبات	0.88	0.62
	2	موجبة	تكنم قيمة الحياة في التزام الفرد بالمبادئ	0.77	0.54
	3	سلبية	تضيق أوقاتني في أنشطة لا معنى لها	0.90	0.46
	4	موجبة	لحياتي أهدافا أعيش من أجلها	0.69	0.64
	5	موجبة	لدي الدافعية للمشاركة في الأنشطة المجتمعية	0.92	0.67
	6	موجبة	أبادر لمساعدة الآخرين	0.78	0.57
	7	موجبة	أهتم بالأحداث التي تجري حولي	0.74	0.69
	8	سلبية	أجد صعوبة في التكيف مع الآخرين	0.72	0.41
التحكم	9	موجبة	أأخذ قراراتني بنفسني دون تدخل أحد	0.75	0.59
	10	موجبة	لدي القدرة على تنفيذ خططي المستقبلية	0.83	0.65
	11	موجبة	نجاح أعمالي يعتمد على مجهودي الذاتي	0.80	0.58
	12	موجبة	أعتقد أن الحياة مجرد فرص للفرد.	0.87	0.70
	13	موجبة	ما يحدث لي نتاج لخططي	0.62	0.61
	14	موجبة	تغيرات الحياة تهدد حياتني	0.75	0.61
	15	موجبة	أستطيع التحكم في مسار حياتني	0.77	0.70
التحدي	16	موجبة	متعة الحياة تكمن في مواجهة الظروف	0.81	0.47
	17	موجبة	أبادر لحل المشكلة التي تواجهني	0.62	0.56
	18	موجبة	أسعى لمعرفة كل ما هو جديد	0.75	0.73
	19	موجبة	أعتقد أن لدي القدرة على المواصلة حتى الوصول إلى الحل	0.56	0.55
	20	موجبة	تستفر المشكلات قدرتي على التحدي	0.64	0.45
	21	سلبية	الظروف المستقبلية تهدد حياتني	0.93	0.59
	22	موجبة	أستمتع بالحياة الثابتة والساكنة	0.64	0.63
	23	سلبية	أشعر بالخوف عند مواجهة تغيرات الحياة	0.84	0.51

يلاحظ من الجدول (2)، أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد الالتزام قد تراوحت بين (0.69-0.92) مع بعدها، وبين (0.41-0.69) مع الكلي للأداة، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد التحكم قد تراوحت بين (0.62-0.87) مع بعدها، وبين (0.58-0.70) مع الكلي للأداة، وأخيراً؛ أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد التحدي قد تراوحت (0.56-0.93) بين مع بعدها، وبين (0.45-0.73) مع الكلي للأداة.

يلاحظ من القيم سالفة الذكر الخاصة بمؤشرات بصدق البناء؛ أن معامل ارتباط كل فقرة من فقرات أداة الدراسة مع الكلي لأداة الدراسة لم يقل عن معيار (0.20)؛ مما يشير إلى جودة بناء فقرات أداة الدراسة الأولى (عودة، 2010).

بالإضافة إلى ما تقدم؛ تم حساب معاملات ارتباط أبعاد الأداة مع الأداة، علاوة على

حساب معاملات الارتباط البينية Inter-correlation لأبعاد الأداة، وذلك باستخدام معامل

ارتباط بيرسون Pearson، وذلك كما في الجدول (3).

جدول (3)

قيم معاملات ارتباط الأبعاد مع الأداة، ومعاملات الارتباط البينية للأبعاد

العلاقة بين التحكم	الإحصائي	الالتزام	التحكم	التحدي
معامل الارتباط	0.86			
الدلالة الإحصائية	0.000			
معامل الارتباط	0.89	0.81		
الدلالة الإحصائية	0.007	0.028		
معامل الارتباط	0.85	0.87	0.89	
الدلالة الإحصائية	0.000	0.000	0.000	

يلاحظ من الجدول (3)، أن قيم معاملات ارتباط الأبعاد مع الأداة قد تراوحت

بين (0.89-0.85)، وأن قيم معاملات الارتباط البينية للأبعاد قد تراوحت بين (0.89-0.81).

ثانياً: ثبات مقياس العلاقة النفسية

لأغراض التحقق من ثبات الاتساق الداخلي لأداة الدراسة وأبعادها؛ فقد تم حسابه باستخدام

معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية،

ولأغراض التحقق من ثبات إعادة الأداة الدراسة وأبعادها؛ فقد تم إعادة التطبيق على العينة

الاستطلاعية سائلة الذكر بطريقة الاختبار وإعادته (Test-Retest) بفواصل زمني مقداره

أسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني، حيث تم حسابه باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين

التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية، وذلك كما في الجدول (4).

جدول (4)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وإعادة الأداة الدراسة وأبعادها	المقاييس وأبعاده	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات إعادة	عدد الفقرات
الالتزام	0.83	0.89	8	
التحكم	0.86	0.92	7	
التحدي	0.89	0.87	8	
الكلية للمقياس	0.93	0.84	23	

يلاحظ من الجدول (4)، أن ثبات الاتساق الداخلي للأداة قد بلغت قيمته (0.93) ولأبعاده تراوحت بين (0.83-0.89)، في حين أن ثبات الإعادة للأداة قد بلغت قيمته (0.84) ولأبعاده تراوحت بين (0.87-0.92). والملحق (ج) يبين صورة المقياس بصورته النهائية بعد الصدق والثبات.

ج. معيار تصحيح أداة الدراسة:

يتكون مقياس الصلابة النفسية بصورته النهائية من 23 فقرة موزعة على ثلاث أبعاد، يستجيب المريض عليها وفق تدرج خماسي يشتمل على البدائل الآتية (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً).

وهذه الدرجات تنطبق على فقرات المقياس ذات الاتجاه الموجب وهي: (1، 2، 4، 5، 6، 7، 9، 10، 12، 13، 15، 16، 17، 19، 20) وتنطبق على فقرات المقياس ذات الاتجاه السالب (3، 8، 11، 14، 18، 21) وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين 23-115 درجة بحيث كل ما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشر على زيادة مستوى الصلابة النفسية لدى المرضى وقد صنف الباحث استجابات افراد الدراسة إلى ثلاث فئات على النحو التالي:

مستوى متدني من الصلابة النفسية وتعطى للحاصلين على درجة تتراوح بين (2.49 فأقل)، ومستوى صلابة نفسية متوسط وتعطى للحاصلين على درجة تتراوح بين (2.50 - 3.49) ومستوى مرتفع من الصلابة النفسية وتعطى للحاصلين على درجة (3.5 فأكثر).

ثانياً: مقياس التكيف الانفعالي:

تم استخدام مقياس التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري، المعد من قبل دن وسمارت ونورتل (Dunn, Smartt & Turtle, 1986) حيث يتمتع هذا المقياس دلالات صدق عالية، وتراوحت موثوقية إعادة الاختبار من الدرجة الكلية بين (0.70-0.87). من خلال تطبيق المقياس على فترات تراوحت في المدة الزمنية من أسبوعين إلى ستة أشهر. وكذلك فإن المقياس يتمتع بثبات عالٍ بلغ معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا له (0.78)، ومعامل جوتمان حيث كان التقدير الأدنى له (0.86).

دلالات صدق وثبات مقياس التكيف الانفعالي في الدراسة الحالية:

أولاً: صدق مقياس التكيف الانفعالي

أ. صدق المحتوى:

للتحقق من مؤشرات صدق مقياس التكيف الانفعالي، تم عرضه بصورته الأولية كما هو مبين في الملحق (د)، على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (10) محكماً من المتخصصين في علم النفس الإرشادي والتربوي في جامعة اليرموك كما هو مبين في الملحق (هـ)، بهدف التحقق من ملائمة فقرات المقياس، ومدى سلامة الترجمة، ومدى سلامة صياغتها اللغوية، وأي ملاحظات وتعديلات يرونها مناسبة، وتم الأخذ بملاحظاتهم بما يسهم في تحقيق أهداف الدراسة. واعتمد الباحث ما نسبته (80%) من إجماع المحكمين لحذف أو إضافة فقرة، وبناءً على ذلك تم حذف (3) فقرات من فقرات المقياس، وذلك للأسباب التالية:

1: تكرار الفقرة.

2: عدم مناسبة الفقرة لبيئة الدراسة الحالية.

كما تم استبدال بعض المفردات، وإعادة صياغة بعض الفقرات من الناحية اللغوية، وقد أشار المحكمون إلى مناسبة الأداة للكشف عن مستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى

السكري في محافظة اربد، وبناءاً على هذه التعديلات تكونت أداة الدراسة بصورتها النهائية من (31) فقرة.

ب. مؤشرات صدق البناء:

تم تطبيق أداة الدراسة على عينة استطلاعية مؤلفة من (30) مريضاً ومريضةً بالسكري من خارج عينة الدراسة في محافظة اربد، وذلك لحساب معاملات ارتباط بيرسون بين الفقرات وبين أداة الدراسة والأبعاد التي تتبع لها، وذلك كما في الجدول (5).

جدول (5)

قيم معاملات الارتباط بين الفقرات وبين أداة الدراسة والأبعاد التي تتبعها

البعد	رقم الفقرة	اتجاه الفقرة	التكيف الانفعالي	الارتباط مع:	
				البعد	المقياس
الطمأنينة والراحة النفسية	1	سلبية	لو لم أعاني من مرض السكري لكنت شخصاً مختلفاً	0.71	0.68
	2	موجبة	لم تتغير حياتي بعد إصابتي بمرض السكري	0.83	0.52
	3	سلبية	عندما شعرت بأنني مصاب بمرض السكري، أدركت بأنني سأبقى مريضاً طيلة حياتي	0.65	0.60
	4	سلبية	إصابتي بالسكري أسوأ ما حصل لي	0.89	0.52
	5	سلبية	أواجه صعوبة في التكيف مع مرض السكري	0.93	0.45
	6	سلبية	السيطرة الصحيحة على مرض السكري تتطلب الكثير من التضحية	0.95	0.75
	7	سلبية	أجد صعوبة أحياناً بتحديد فيما إذا كنت مريضاً أو معافى	0.85	0.81
	8	سلبية	تغيرت شخصيتي نتيجة لإصابتي بمرض السكري	0.93	0.57
	9	سلبية	أشعر بالإحراج لإصابتي بمرض السكري	0.71	0.71
	10	سلبية	أجد صعوبة بالعيش بصورة طبيعية نتيجة إصابتي بالسكري	0.90	0.49
	11	سلبية	إصابتي بالسكري تشعرني بعدم العدالة، بينما الناس العاديين باتم صحة	0.74	0.45
التكيف والسيطرة	12	موجبة	أشعر بأن لدي القدرة على التكيف مع مرض السكري	0.74	0.58
	13	موجبة	أشعر بأنني أستطيع السيطرة على مرض السكري	0.86	0.45
	14	موجبة	أشعر بالتحسن عند الحديث مع طبيبي عن مرض السكري	0.86	0.57
	15	سلبية	أستغل مرض السكري كعذر لأحقق أهدافي الخاصة	0.69	0.66
	16	موجبة	عندما ألتزم بحميتي الغذائية أشعر بصحة جيدة	0.89	0.72
	عدم الشعور بالخل من المرض	17	سلبية	لا أحب أن يعرف الآخرون بأنني مصاب بمرض السكري	0.66
18		سلبية	لا أحب أن يشار إليّ بأنني مريض بالسكري	0.83	0.66
19		سلبية	لا أستطيع أن أتحدث مع أحد بارتياح عن إصابتي بالسكري	0.65	0.59
20		سلبية	أشعر بالذنب لأن سيطرتي على مرض السكري محدودة	0.93	0.60
21		سلبية	إصابتي بمرض السكري تشعرني بالحاجة للتعاطف من الآخرين	0.90	0.51
الرضا		22	سلبية	أغلب الأطباء لا يعرفون حقاً معنى الإصابة بمرض السكري	0.74
	23	سلبية	إصابتي بمرض السكري تعني تحملي مسؤولية علاج نفسي	0.90	0.46
	24	سلبية	لا أستطيع التحكم بوزني	0.77	0.61
	25	موجبة	تتأولي لأدوية السكري لا تضايقتني	0.79	0.57
التقبل والتسامح	26	سلبية	أعتقد بأن الأبحاث ستكتشف علاجاً لمرض السكري قريباً	0.75	0.67
	27	سلبية	أحب أن يخبرني أحد إذا تمت السيطرة على مرض السكري	0.75	0.74
	28	موجبة	لدي المعرفة بقدر ما أحتاج من معلومات عن مرض السكري	0.68	0.66
المعرفة	29	موجبة	لدي القدرة على الاعتماد بمرضي دون الحاجة للآخرين	0.79	0.60
	30	سلبية	أشعر بأنه ليس هناك ما أفعله حيال إصابتي بالسكري	0.81	0.75
	31	موجبة	مرض السكري لا يخيفني	0.85	0.75

يلاحظ من الجدول (5)، أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد الطمأنينة والراحة النفسية قد

تراوحت بين (0.65-0.95) مع بعدها، وبين (0.45-0.75) مع الكلي للأداة، وأن قيم

معاملات ارتباط فقرات بعد التكيف والسيطرة قد تراوحت بين (0.69-0.89) مع بعدها، وبين (0.45-0.72) مع الكلي للأداة، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد عدم الشعور بالخجل من المرض قد تراوحت بين (0.65-0.93) مع بعدها، وبين (0.51-0.66) مع الكلي للأداة، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد الرضا قد تراوحت بين (0.74-0.90) مع بعدها، وبين (0.46-0.61) مع الكلي للأداة، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد التقبل والتسامح قد تراوحت بين (0.75-0.79) مع بعدها، وبين (0.57-0.74) مع الكلي للأداة، وأخيراً؛ أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد المعرفة قد تراوحت (0.68-0.85) بين مع بعدها، وبين (0.60-0.75) مع الكلي للأداة.

يلاحظ من القيم سالفة الذكر الخاصة بصنق البناء؛ أن معامل ارتباط كل فقرة من فقرات أداة الدراسة مع الكلي لأداة الدراسة لم يقل عن معيار (0.20)؛ مما يشير إلى جودة بناء فقرات أداة الدراسة الأولى (عودة، 2010)

بالإضافة إلى ما تقدم؛ تم حساب معاملات ارتباط أبعاد مع الأداة، علاوة على حساب معاملات الارتباط البينية (Inter-correlation) لأبعاد وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)، وذلك كما في الجدول (6).

جدول (6)

قيم معاملات ارتباط الأبعاد مع الأداة، ومعاملات الارتباط البينية للأبعاد

العلاقة بين	الإحصائي	الطمأنينة والراحة النفسية	التكيف والسيطرة	عدم الشعور بالخجل من المرض	الرضا	التقبل والتسامح	المعرفة
التكيف والسيطرة	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.55 0.000					
عدم الشعور بالخجل من المرض	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.60 0.000	0.57 0.000				
الرضا	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.65 0.000	0.53 0.000	0.70 0.000			
التقبل والتسامح	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.51 0.000	0.75 0.000	0.78 0.000	0.69 0.000		
المعرفة	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.75 0.000	0.81 0.000	0.74 0.000	0.59 0.000	0.88 0.000	
الكلي للمقياس	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.88 0.000	0.84 0.000	0.72 0.004	0.80 0.000	0.83 0.000	0.73 0.000

يلاحظ من الجدول (6)، أن قيم معاملات ارتباط الأبعاد مع الأداة قد تراوحت بين (0.72-0.88)، وأن قيم معاملات الارتباط البينية للأبعاد قد تراوحت بين (0.51-0.81).

ثانياً: ثبات مقياس التكيف الانفعالي

لأغراض التحقق من ثبات الاتساق الداخلي لأداة الدراسة وأبعادها؛ فقد تم حسابه باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأول للعيينة الاستطلاعية، ولأغراض التحقق من ثبات الإعادة لأداة الدراسة وأبعادها؛ فقد تم إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية سائلة الذكر بطريقة الاختبار وإعادته (Test-Retest) بفواصل زمني مقداره أسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني، حيث تم حسابه باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية، وذلك كما في الجدول (7).

جدول (7)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي والإعادة لأداة الدراسة وأبعادها

عدد الفقرات	ثبات الإعادة	ثبات الاتساق الداخلي	المقياس وأبعاده
11	0.79	0.79	الطمأنينة والراحة النفسية
5	0.84	0.73	التكيف والسيطرة
5	0.86	0.87	عدم الشعور بالخجل من المرض
3	0.91	0.75	الرضا
3	0.89	0.76	التقبل والتسامح
4	0.88	0.81	المعرفة
31	0.84	0.93	الكلّي للمقياس

يلاحظ من الجدول (7)، أن ثبات الاتساق الداخلي للأداة قد بلغت قيمته (0.93) ولأبعاده تراوحت بين (0.73-0.87)، في حين أن ثبات الإعادة للأداة قد بلغت قيمته (0.84) ولأبعاده تراوحت بين (0.79-0.91). كما هو مبين في الملحق (هـ).

ثالثاً: تصحيح أداة الدراسة:

يتكون مقياس التكيف الانفعالي بصورته النهائية من 31 فقرة موزعة على ستة أبعاد، يستجيب المريض عليها وفق تدرج خماسي يشتمل على البدائل الآتية (موافق بشدة وله خمس درجات، موافق أربع درجات، لا أعرف ثلاث درجات، غير موافق درجتان، غير موافق بشدة درجة واحدة).

وهذه الدرجات تنطبق على فقرات المقياس ذات الاتجاه الموجب وهي: (2، 12، 13، 14، 16، 25، 28، 29، 31) وتنطبق على فقرات المقياس ذات الاتجاه السالب (1، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 15، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 26، 27، 30) وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين 31 - 155 درجة بحيث كل ما ارتفعت درجة كان ذلك مؤشر على زيادة مستوى التكيف الانفعالي لدى المرضى وقد صنف الباحث استجابات افراد الدراسة إلى ثلاث فئات على النحو التالي:

مستوى متدني من التكيف الانفعالي وتعطى للحاصلين على درجة تتراوح بين (2.49 فأقل)، ومستوى تكيف انفعالي متوسط وتعطى للحاصلين على درجة تتراوح بين (2.50 - 3.49) ومستوى مرتفع من التكيف الانفعالي وتعطى للحاصلين على درجة (3.5 فأكثر).

إجراءات تنفيذ الدراسة

لتنفيذ إجراءات الدراسة؛ قام الباحث بإتباع الخطوات الآتية:

- الحصول على كتاب تسهيل مهمة موجه من عمادة كلية التربية في جامعة اليرموك إلى وزارة الصحة للموافقة على تطبيق أدوات الدراسة في المستشفيات والمراكز الصحية في محافظة إربد. الملحق (و).

- تم إعداد أداتي الدراسة والمتمثلة بمقياسي الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي بصورتها النهائية، وذلك بعد التأكد من دلالات صدقهما وثباتهما.

- توزيع أداتي الدراسة على أفراد عينة الدراسة الذين تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة وذلك من خلال الرجوع للمستشفيات الحكومية والمراكز الصحية التابعة لمحافظة إربد، وتم تزويدهم بالمعلومات الكافية فيما يتعلق بهدف الدراسة، وطريقة الإجابة على أداتي الدراسة، وضرورة توخي الدقة في تعبئة المعلومات الشخصية، والإجابة عن جميع فقرات أداتي الدراسة، كما تم البيان للمرضى أن هذه المعلومات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وستعامل بسرية تامة.

- جمع أداتي الدراسة بعد الإجابة عليها من قبل أفراد عينة الدراسة، والتأكد من صلاحيتها، واكتمالها، وعدم وجود أي نقص فيها، أو وضع أكثر من إجابة، وتم استبعاد الاستبيانات غير الصالحة للتحليل الإحصائي.

- إدخال البيانات لذاكرة الحاسوب، وإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة (SPSS)، وذلك في ضوء أسئلة الدراسة، بهدف استخلاص النتائج والخروج بتوصيات الدراسة انطلاقاً من نتائجها.

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

أولاً: المتغيرات المستقلة:

1- العمر؛ وله ثلاثة مستويات (39 سنة فأقل، من 40 سنة إلى 53 سنة، من 54 سنة فأكثر).

2- الجنس؛ وله فئتان (ذكر، أنثى).

3- المستوى التعليمي؛ وله ثلاثة مستويات (أمي، ثانوي فما دون، كلية مجتمع فأعلى).

4- عدد سنوات الإصابة بالمرض؛ وله ثلاثة مستويات (من 4 سنوات فأقل، من 5 إلى 9 سنوات، من 10 سنوات فأكثر).

5- نوع العلاج المستخدم؛ وله مستويان (أبر أنسولين، حبوب).

6- الحالة الاجتماعية؛ وله ثلاثة مستويات (أعزب، متزوج، مطلق أو أرمل).

ثانياً: المتغيرات التابعة؛ وهي:

1. الصلابة النفسية وأبعادها لدى مرضى السكري في محافظة إربد.

منخفضة متوسطة مرتفعة

2. التكيف الانفعالي وأبعاده لدى مرضى السكري في محافظة إربد.

منخفض متوسط مرتفع

المعالجات الإحصائية:

تمت المعالجات الإحصائية للبيانات في هذه الدراسة باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية

للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وذلك على النحو الآتي:

- للإجابة عن سؤال الدراسة الأول؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

للصلابة النفسية وأبعاده والفقرات التي تتبع للأبعاد لدى مرضى السكري في محافظة

إربد، مع مراعاة ترتيب الأبعاد ثم الفقرات في ضوء الأبعاد التي تتبعها تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية.

كما تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات، ثم تم إجراء تحليل التباين السداسي المتعدد لها مجتمعة وفقاً للمتغيرات.

- للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على المقياس للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات، وإجراء تحليل التباين السداسي لها وفقاً للمتغيرات.

كما تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات، ثم تم إجراء تحليل التباين السداسي المتعدد لها مجتمعة وفقاً للمتغيرات.

- للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث؛ تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين التكيف الانفعالي وأبعاده من جهة والصلابة النفسية وأبعاده من جهة أخرى لدى مرضى السكري في محافظة إربد.

- للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصلابة النفسية وأبعادهما والفقرات التي تتبع للأبعاد لدى مرضى السكري في محافظة إربد، مع مراعاة ترتيب الأبعاد ثم الفقرات في ضوء الأبعاد التي تتبعها تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية.

- للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات، وإجراء تحليل التباين السداسي لها وفقاً للمتغيرات.

الفصل الرابع

عرض النتائج

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى (الصلابة النفسية ومستوى التكيف الانفعالي) لدى مرضى السكري في محافظة إربد والعلاقة بينهما، وذلك عن طريق الإجابة عن كل من أسئلة الدراسة الآتية:

أولاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الأول: "ما مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد؟؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصلابة النفسية وأبعادها لدى مرضى السكري في محافظة إربد، مع مراعاة ترتيب الأبعاد تنازلياً، وذلك كما في الجدول (8).

جدول (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصلابة النفسية وأبعادها لدى مرضى السكري في محافظة

إربد مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم البعد	الصلابة النفسية وأبعادها	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	2	التحكم	2.46	0.67	منخفض
2	3	التحدي	2.31	0.54	منخفض
3	1	الالتزام	2.15	0.49	منخفض
		الكلّي للمقياس	2.30	0.43	منخفض

يلاحظ من الجدول (8)، أن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد قد كانت (منخفض) وفقاً للمعيار المذكور في الفصل الثالث، حيث صنّفت أبعاد الصلابة النفسية لديهم وفقاً للترتيب الآتي: بعد التحكم في المرتبة الأولى ضمن مستوى صلابة (منخفض)، تلاه بعد التحدي في المرتبة الثانية ضمن مستوى صلابة (منخفض)، وأخيراً؛ تلاه بعد الضغط النفسي في المرتبة الثالثة ضمن مستوى صلابة (منخفض).

ولمزيد من المعلومات حول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات أبعاد

الصلابة النفسية، الملحق (ز).

ثانياً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني: "ما مستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في

محافظة إربد؟؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة التكيف

الانفعالي وأبعاده لدى مرضى السكري في محافظة إربد، مع مراعاة ترتيب الأبعاد

تنازلياً، وذلك كما في الجدول (9).

جدول (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة التكيف الانفعالي وأبعاده لدى مرضى السكري في محافظة

إربد مرتبة تنازلياً

المرتبة	رقم البعد	التكيف الانفعالي وأبعاده	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	4	الرضا	3.35	0.70	متوسطة
2	5	التقبل والتسامح	3.20	0.69	متوسطة
3	1	الطمأنينة والراحة النفسية	3.18	0.59	متوسطة
4	3	عدم الشعور بالخجل من المرض	2.81	0.69	متوسطة
5	6	المعرفة	2.75	0.68	متوسطة
6	2	التكيف والسيطرة	2.27	0.63	منخفضة
		الكلي للمقياس	2.94	0.35	متوسطة

يلاحظ من الجدول (9)، أن مستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة

إربد قد كانت (متوسطاً) وفقاً للمعيار المذكور في الفصل الثالث، حيث صنفت أبعاد التكيف

الانفعالي لديهم وفقاً للترتيب الآتي: بعد السخط وعدم الرضا في المرتبة الأولى ضمن مستوى

تكيف (متوسط)، تلاه بعد التقبل والتسامح في المرتبة الثانية ضمن مستوى تكيف (متوسط)، تلاه

بعد الضغط النفسي في المرتبة الثالثة ضمن مستوى تكيف (متوسط)، تلاه بعد الذنب والخجل

من المرض في المرتبة الرابعة ضمن مستوى تكيف (متوسط)، ثم تلاه بعد الغموض في المرتبة

الخامسة ضمن مستوى تكيف (متوسط)، وأخيراً؛ تلاه بعد التكيف والسيطرة في المرتبة السادسة

ضمن مستوى تكيف (منخفض). ولمزيد من المعلومات حول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس التكيف الانفعالي، انظر الملحق (ح).

ثالثاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث: هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصلابة النفسية ومستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد؟ فقد تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس التكيف الانفعالي وأبعاده من جهة والصلابة النفسية وأبعاده من جهة أخرى لدى مرضى السكري في محافظة إربد، وذلك كما في الجدول (10).

جدول (10)

قيم معاملات الارتباط بين الصلابة النفسية وأبعاده من جهة، والتكيف الانفعالي وأبعاده من جهة أخرى، لدى مرضى السكري في محافظة إربد

العلاقة بين:	الإحصائي	الالتزام	التحكم	التحدي	الصلابة النفسية
الطمأنينة والراحة النفسية	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.36 0.000	0.30 0.000	0.50 0.000	0.50 0.000
التكيف والسيطرة	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.41 0.000	0.22 0.000	0.55 0.000	0.50 0.000
عدم الشعور بالخجل من المرض	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.24 0.000	0.07 0.211	0.31 0.000	0.26 0.000
الرضا	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.13 0.019	0.18 0.001	0.09 0.111	0.17 0.001
التقبل والتسامح	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.25 0.000	0.08 0.147	0.26 0.000	0.25 0.000
المعرفة	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.08 0.139	0.01 0.781	0.13 0.013	0.10 0.073
التكيف الانفعالي	معامل الارتباط الدلالة الإحصائية	0.51 0.000	0.32 0.000	0.66 0.000	0.63 0.000

يلاحظ من الجدول (10)، أن كافة العلاقات بين استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس التكيف الانفعالي وأبعاده من جهة والصلابة النفسية وأبعاده من جهة أخرى كانت طردية (موجبة) الاتجاه، في حين صنفت قوة العلاقات، وفقاً لمعيار تصنيف معاملات الارتباط

لكل من (Hinkle, Wiersma, Jurs, 1988) التالي:

1. أقل من 0.29	ضعيفة جداً
2. من 0.30 إلى أقل من 0.49	ضعيفة
3. من 0.50 إلى أقل من 0.69	متوسطة
4. من 0.70 إلى أقل من 0.89	كبيرة
5. من 0.90 فأكثر	كبيرة جداً

على أنها:

أ. علاقة (ضعيفة جداً) القوة: حيث يبلغ عددها 16 علاقة ارتباطيه بين كل من:

1. أبعاد التكيف الانفعالي (الرضا، التقبل والتسامح، المعرفة) وبين الصلابة النفسية وأبعادها (الالتزام، التحكم، التحدي) بدلالات إحصائية متباينة.
2. بعد التكيف الانفعالي (عدم الشعور بالخجل من المرض) وبين الصلابة النفسية وبعديها (الالتزام، التحكم) بدلالات إحصائية متباينة.
3. بعد التكيف الانفعالي (التكيف والسيطرة) وبين بعد الصلابة النفسية (التحكم) بدلالة إحصائية.

ب. علاقات (ضعيفة) القوة: حيث يبلغ عددها (5) علاقات ارتباطية بين كل من:

1. التكيف الانفعالي وبعد الصلابة النفسية (التحكم) بدلالة إحصائية.
2. بعد التكيف الانفعالي (عدم الشعور بالخجل من المرض) وبعد الصلابة النفسية (التحدي) بدلالة إحصائية.
3. بعد التكيف الانفعالي (التكيف والسيطرة) وبعد الصلابة النفسية (الالتزام) بدلالة إحصائية.

4. بعد التكيف النفسي (الطمأنينة والراحة النفسية) وبعدي الصلابة النفسية (الالتزام،

التحدي) بدلالة إحصائية.

ج. علاقات (متوسطة) القوة: حيث يبلغ عددها (7) علاقات ارتباطية بين كل من:

6. التكيف الانفعالي والصلابة النفسية وبعديها (الالتزام، التحدي) بدلالة إحصائية.

7. بعدي التكيف الانفعالي (الطمأنينة ، التكيف والسيطرة) والصلابة النفسية وبعدها (التحدي)

بدلالة إحصائية.

رابعاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع الذي نصَّ على: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية

في مستوى الصلابة النفسية لدى حمض السكري في محافظة إربد تعزى لكل من

(الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد سنوات الإصابة

بالمريض ونوع العلاج المستخدم)؟" فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات

المعيارية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات، وذلك

كما في الجدول (11).

جدول (1)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العمر	من 39 سنة فأقل	2.41	0.38
	من 40 سنة إلى 53 سنة	2.17	0.38
	من 54 سنة فأكثر	2.32	0.50
الجنس	ذكر	2.29	0.34
	أنثى	2.31	0.51
المستوى التعليمي	أبي	2.45	0.44
	ثانوي فأقل	2.33	0.48
	كلية مجتمع فأعلى	2.24	0.38
عدد سنوات الإصابة بالمرض	من 4 سنوات فأقل	2.37	0.38
	من 5 إلى 9 سنوات	2.17	0.33
	من 10 سنوات فأكثر	2.36	0.53
نوع العلاج المستخدم	أبر أنسولين	2.23	0.46
	حبوب	2.38	0.39
الحالة الاجتماعية	أعزب	2.39	0.29
	متزوج	2.29	0.46
	مطلق أو أرمل	2.30	0.40

يلاحظ من الجدول (14)، وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد ناتجة عن اختلاف مستويات المتغيرات؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين السداسي way ANOVA- (Interaction) (without) للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (12).

جدول (12)

نتائج تحليل التباين السداسي للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات

الدالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.000	14.281	2.247	2	4.495	العمر
0.470	0.523	0.082	1	0.082	الجنس
0.000	13.465	2.119	2	4.238	المستوى التعليمي
0.001	7.714	1.214	2	2.428	عدد سنوات الإصابة بالمرض
0.000	13.272	2.089	1	2.089	نوع العلاج المستخدم
0.691	0.370	0.058	2	0.117	الحالة الاجتماعية
		0.157	334	52.562	الخطأ
			344	64.562	الكلية

يتبين من الجدول (12)، وجود فرق دال إحصائياً بين المتوسطات الحسابية لمستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد يعزى لمتغير (نوع العلاج المستخدم)؛ لصالح من يتناولون الحبوب مقارنة بمن يأخذون إير الأنسولين.

في حين يتبين من الجدول (12)، وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد تعزى للمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، عدد سنوات الإصابة بالمرض)؛ ولكون المتغيرات متعددة المستويات، فقد تم إجراء اختبار (Levene) للكشف عن انتهاك تجانس التباين من عدمه بين متوسطات مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، عدد

سنوات الإصابة بالمرض)، حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة له (أي اختبار Levene) ما مقداره (8.470) عند درجتي حرية (55 للبسط، و 289 للمقام) بدلالة إحصائية؛ بما يفيد وجود انتهاك في تجانس التباين، مما أوجب استخدام أحد اختبارات المقارنات البعدية التي تراعي انتهاك تجانس التباين حيث تم استخدام اختبار Games-Howell للمقارنات البعدية المتعددة؛ بهدف تحديد لصالح أي من (الفئات العمرية أو المستويات التعليمية أو الفئات الزمنية للإصابة بالمرض) قد كانت الفروق الجوهرية بين متوسطات الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد، وذلك كما هو مبين في الجداول (13، 14، 15).

جدول (13)

نتائج اختبار (Games-Howell) للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (العمر)

العمر	Games-Howell	المتوسط الحسابي	من 40 سنة إلى 53 سنة	من 54 سنة فأكثر
من 54 سنة فأكثر	2.323	2.165	0.157	2.323
من 39 سنة فأقل	2.407	0.242	0.085	

يتضح من الجدول (13)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المتوسطات الحسابية لمستوى للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (العمر)؛ لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة (39 سنة فأقل) مقارنةً بنظرائهم من ذوي الفئات العمرية المتوسطة (من 40 سنة إلى 53 سنة)، ولصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية الكبيرة (من 54 سنة فأكثر) مقارنةً بنظرائهم من ذوي الفئات العمرية المتوسطة (من 40 سنة إلى 53 سنة فأكثر).

جدول (14)

نتائج اختبار Games-Howell مستوى للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (المستوى التعليمي)

المستوى التعليمي	المتوسط الحسابي	كلية مجتمع فأعلى	ثانوي فأقل
Games-Howell	2.332	2.239	2.332
ثانوي فأقل	2.332	0.093	
أسي	2.451	0.212	0.119

يتضح من الجدول (14)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين

المتوسطات الحسابية مستوى للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (المستوى التعليمي)؛ لصالح المرضى الأميين مقارنة بنظرائهم من حملة دبلوم كلية مجتمع فأعلى.

جدول (15)

نتائج اختبار (Games-Howell) مستوى للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض)

عدد سنوات الإصابة بالمرض	المتوسط الحسابي	من 5 إلى 9 سنوات	من 10 سنوات فأكثر
Games-Howell	2.358	2.167	2.358
من 10 سنوات فأكثر	2.358	0.192	
من 4 سنوات فأقل	2.366	0.199	0.007

يتضح من الجدول (15)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين

المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض)؛ لصالح المرضى من ذوي سنوات الإصابة بالمرض القصيرة (من 4 سنوات فأقل) مقارنة بنظرائهم من ذوي سنوات الإصابة بالمرض المتوسطة (من 5 إلى 9 سنوات)، ولصالح المرضى من ذوي سنوات الإصابة بالمرض الطويلة (من 10 سنوات فأكثر) مقارنة بنظرائهم من ذوي سنوات الإصابة بالمرض المتوسطة (من 5 إلى 9 سنوات).

يتبين من الجدول (12)، عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة

$\alpha=0.05$ بين المتوسطات الحسابية مستوى للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة

إربد تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية).

خامساً: للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس الذي نصَّ على: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التكيف الانفعالي تعزى إلى (الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد سنوات الإصابة بالمرض ونوع العلاج المستخدم)؟" فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (16).

جدول (16)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً

للمتغيرات

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العمر	من 39 سنة فأقل	3.00	0.30
	من 40 سنة إلى 53 سنة	2.93	0.41
	من 54 سنة فأكثر	2.87	0.33
الجنس	ذكر	2.94	0.33
	أنثى	2.93	0.37
المستوى التعليمي	أبي	2.88	0.41
	ثانوي فأقل	2.96	0.36
	كلية مجتمع فأعلى	2.93	0.32
عدد سنوات الإصابة بالمرض	من 4 سنوات فأقل	2.92	0.33
	من 5 إلى 9 سنوات	2.94	0.32
	من 10 سنوات فأكثر	2.95	0.39
نوع العلاج المستخدم	أبر انسولين	2.90	0.37
	حبوب	2.97	0.32
الحالة الاجتماعية	أعزب	2.94	0.30
	متزوج	2.94	0.34
	مطلق أو أرمل	2.91	0.45

يلاحظ من الجدول (16)، وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية للتكيف

الانفعالي ناتجة عن اختلاف مستويات المتغيرات؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق

الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين السداسي (6-way ANOVA) عديم التفاعل للتكيف الانفعالي

لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (17).

جدول (17)

نتائج تحليل التباين السداسي للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً للمتغيرات

الدالة الإحصائية	قيمة F المحسوبة	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.000	12.942	1.486	2	2.972	العمر
0.850	0.036	0.004	1	0.004	الجنس
0.126	2.085	0.239	2	0.479	المستوى التعليمي
0.000	8.709	1.000	2	2.000	عدد سنوات الإصابة بالمرض
0.009	6.979	0.801	1	0.801	نوع العلاج المستخدم
0.408	0.898	0.103	2	0.206	الحالة الاجتماعية
		0.115	334	38.351	الخطأ
			344	42.409	الكلية

يتبين من الجدول (17)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين

المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد يعزى لمتغير (نوع العلاج المستخدم)؛ لصالح من يتناولون الحبوب مقارنة بمن يأخذون إبر الأنسولين.

كذلك يتبين من الجدول (17)، وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين

المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد تعزى للمتغيرين (العمر، عدد سنوات الإصابة بالمرض)؛ ولكون المتغيرين متعددي المستويات، فقد تم إجراء

اختبار (Levene) للكشف عن انتهاك تجانس التباين من عدمه بين متوسطات التكيف الانفعالي

لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغيري (العمر، عدد سنوات الإصابة بالمرض)،

حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة له (أي اختبار Levene) ما مقداره 12.531 عند درجتي حرية

(55 للبطء، و 289 للمقام) بدلالة إحصائية؛ بما يفيد وجود انتهاك في تجانس التباين، مما أوجب

استخدام أحد اختبارات المقارنات البعدية التي تراعي انتهاك تجانس التباين حيث تم استخدام

اختبار (Games-Howell) للمقارنات البعدية المتعددة؛ بهدف تحديد لصالح أي من الفئات

العمرية أو الفئات الزمنية للإصابة بالمرض) قد كانت الفروق الجوهرية بين متوسطات التكيف

الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد، وذلك كما هو مبين في الجدولين (18، 19).

جدول (18)

نتائج اختبار (Games-Howell) للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (العمر).

العمر	متوسط الحسابي	من 54 سنة فأكثر	من 40 سنة إلى 53 سنة
Games-Howell	2.927	2.871	2.927
40 سنة إلى 53 سنة	2.927	0.056	0.077
39 سنة فأقل	3.004	0.133	

يتضح من الجدول (18)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (العمر)؛ لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة (39 سنة فأقل) مقارنة بنظرائهم من ذوي الفئات العمرية الكبيرة (من 54 سنة فأكثر).

جدول (19)

نتائج اختبار (Games-Howell) للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض)

عدد سنوات الإصابة بالمرض	متوسط الحسابي	من 4 سنوات فأقل	من 5 إلى 9 سنوات
Games-Howell	2.938	2.918	2.938
من 5 إلى 9 سنوات	2.938	0.020	0.015
من 10 سنوات فأكثر	2.952	0.035	

يتضح من الجدول (19)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض)؛ لصالح المرضى من ذوي سنوات الإصابة بالمرض الطويلة (من 10 سنوات فأكثر) مقارنة بنظرائهم من ذوي سنوات الإصابة بالمرض القصيرة (من 4 سنوات فأقل).

وكذلك يتبين من الجدول (17)، عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد تعزى لمتغيرات (الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

يتضمن هذا الفصل عرضاً لمناقشة ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، وأبرز التوصيات المنبثقة عنها، وذلك في ضوء أسئلتها والأدب النظري والدراسات السابقة، حيث هدفت هذه الدراسة للكشف عن مستوى الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد، وذلك بهدف تقديم التوصيات انطلاقاً من نتائج الدراسة.

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: "ما مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد؟"

أظهرت النتائج أن مستوى الصلابة النفسية على المقياس كانت منخفضة، حيث كانت المتوسطات الحسابية للأبعاد الثلاثة منخفضة ومرتبطة تنازلياً على النحو التالي: بعد التحكم ثم بعد التحدي وأخيراً بعد الالتزام، وبشكل عام فإن النتيجة تبين انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد.

وانتفتت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة نيكولوس وبناتريك وجين (Nicholas, Patrice, 1999) التي بينت حصول الأفارقة السود المصابين بمرض السكري على مستوى منخفض من الصلابة النفسية، كما انتفتت مع نتيجة دراسة جانق واسفاجر ودوستي (Gangi, 2014) التي بينت حصول مرضى السكري على مستوى منخفض من الصلابة النفسية.

واختلفت هذه النتيجة عن نتيجة دراسة روس (Ross, 1991). ونتيجة دراسة نيكولوس وبناتريك وجين (Nicholas, Patrice, Jean, 1999). ونتيجة دراسة نافولوري (Navuluri,

2000)، التي أشارت إلى حصول مرضى السكري على مستوى مرتفع من مستوى الصلابة النفسية.

ويعزو الباحث نتيجة الدراسة الحالية بأن مرض السكري قد يؤثر في قدرة الفرد على الاحتفاظ بالقوة والصلابة والتحمل بدرجة عالية، كون مرض السكري من الأمراض المزمنة، التي ترافق الفرد طيلة حياته، وما يفرض هذا المرض على الشخص المصاب حرمانه من الكثير من الأنشطة التي اعتاد على ممارستها، بالإضافة إلى ملازمة الأدوية على نوعيتها الحبوب أو أبر الأنسولين، وما يرافقها من تعب ومشقة، كما يمكن تفسير النتيجة، بما يتطلبه مرض السكري من الحفاظ على الحمية الغذائية، وتجنب بعض المأكولات المحببة لدى الشخص، وإجباره على تناول أطعمة معينة، الأمر الذي قد يكون له أثر مباشر في انخفاض مستوى شعور الفرد المصاب بالصلابة النفسية وقد لاحظ الباحث من خلال تطبيق المقاييس على المصابين بالسكري والحديث معهم، أن الكثير منهم كان لديهم شعور باليأس والقلق بسبب المرض، وأن حياتهم معرضة للخطر بشكل مستمر، بسبب المضاعفات الجسدية التي يسببها المرض، مثل التقرحات والطفح الجلدي والخوف من الإصابة بالجروح، كل ذلك من شأنه أن يقلل من قدرة الفرد على أن يتسم بالصلابة النفسية والتحمل.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: "ما مستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى

السكري في محافظة إربد؟"

أظهرت النتائج أن مستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد كان بمستوى متوسط، وقد جاء مستوى التكيف الانفعالي على مجالات الرضا والتقبل والتسامح

والطمأنينة والراحة النفسية وعدم الشعور بالخجل من المرض والمعرفة متوسطة، بينما كان منخفضاً في مجال التكيف والسيطرة.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة كارلوس وآخرون (2012) بحصول المصابين بالسكري على درجة متوسطة من التكيف الانفعالي.

واختلفت مع دراسة لي ودروري وتايلور (2013) التي أشارت بأن النساء المصابات بالسكري لديهن مستوى تكيف عالي مع الإصابة بالسكري.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال النظر إلى كل مجال على حدة، حيث تبين أن الرضا لدى مرضى السكري كان في المرتبة الأولى، ويمكن للباحث أن يعزو ذلك إلى طبيعة المرض وما يتطلبه من اهتمام زائد وحرص على تناول الأدوية بشكل منتظم والالتزام بالحمية الغذائية، بالإضافة إلى تعرض المصاب لحالات الضعف والتعب والعصبية الزائدة الناتج عن المرض، كل ذلك له الدور الكبير لإحساس المصاب بعدم الرضا من المرض.

وكان مجال التقبل والتسامح مع المرض في المرتبة الثانية، ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن التقبل والتسامح ناتج عن التعود على المرض والمثل من التفكير المستمر والتوكل على الله - عز وجل - في ذلك.

وجاء مجال الطمأنينة والراحة النفسية بدرجة أدنى من المجالين السابقين، حيث يفسر الباحث هذه النتيجة بأن إصابة الفرد بمرض السكري يعد عاملاً مهماً لشعور الفرد بالضغط والإجهاد والقلق وخصوصاً داخل الأسرة وفي العلاقات الزوجية، وذلك لأن مرض السكري بطبيعته يقلل من قدرة الفرد على القيام بأدواره الحياتية على أكمل وجه كغير المصاب، بالإضافة إلى التزام الفرد المصاب بنمط غذائي معين داخل الأسرة وتمييزه عن بقية أفراد الأسرة له دور كبير في شعوره بعدم الطمأنينة والراحة النفسية..

وجاء في المرتبة الرابعة مجال عدم الشعور بالخجل من المرض بدرجة متوسطة، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة المواقف التي يمكن أن يتعرض لها المريض، حيث لاحظ الباحث من خلال الإجابة على أسئلة الاستبيان والحديث مع بعض المرضى حول هذا المجال أن سبب الخجل من المرض هو بعض المواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها بالعادة، كتخصيص بعض المشروبات لهم عن غيرهم، وعدم تناول بعض المأكولات والمشروبات في بيوت الأقارب والأصدقاء بسبب ما تتطلبه الحمية الغذائية، كل ذلك يؤدي إلى شعور المريض بالخجل بسبب الإصابة بالمرض.

وجاء مجال المعرفة في المرتبة الخامسة بدرجة متوسطة، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأفراد المصابين بالسكري، ومع مرور الوقت، أصبح مرض السكري شيئاً روتينياً بالنسبة لهم، وقد اعتادوا عليه وعلى أسلوب التكيف معه، وأصبح لديهم معرفة بالمرض، والمقصود بالمعرفة هو النظر للمرض على أنه جزء من حياة المريض لا يمكن التخلص منه ولا يمكن التخلص من عواقبه.

أما بالنظر إلى مجال التكيف والسيطرة فقد جاء بدرجة منخفضة، وتتنفق هذه النتيجة مع الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي في السؤال الأول في مقياس الصلابة النفسية، ويعتبر ذلك دليلاً على انخفاض مستوى الصلابة النفسية بما فيها التكيف والسيطرة مع مرض السكري، ويمكن عزو هذه النتيجة بأن مرض السكري له تأثير كبير على الفرد وعلى قدرته على التكيف معه، ويعتبر مرض السكري بالنسبة للفرد حدث في غاية الأهمية لما يحدثه في نفس المريض من قلق وخوف من المستقبل ومن عدم الالتزام بالحمية الغذائية، كل ذلك من شأنه أن يؤثر في قدرة الفرد على التكيف مع المرض.

حيث أن الفرد يعيش في بيئة مليئة بالمثيرات المختلفة، التي تؤثر فيه ويتأثر بها نتيجة الاحتكاك المتواصل بكل ما تحويه من أحداث وأمراض واضطرابات، ومن ثم ليس من المحقق أن تشبع جميع حاجاته الفسيولوجية والسيكولوجية، فقد يواجه الإنسان العديد من العقبات المختلفة والشديدة أحياناً التي تحول بين ما يرغب فيه وما يسعى إلى تحقيقه، ويتم ذلك بدرجات إما شديدة أو مستحيلة أو قد تكون خفيفة وبسيطة (عطية، 2001).

ويعتبر أصحاب النظرية البيولوجية بأن جميع مظاهر الفشل في التكيف الانفعالي، ناتجة عن أمراض تصيب أنسجة جسم الإنسان، وأن هذه الأمراض تؤثر على الحالة النفسية للفرد وتجعله عرضة لعوامل القلق والاكتئاب نتيجة تعرضه للأمراض الجسدية (الخالدي، 2000).

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: "هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد" ؟
أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة بولك (Pollock, 1986)، ودراسة نوك كنيث (Nowak, 1989)، ودراسة رابلي (Rapley, 1990)، ودراسة بروكس (Brooks, 2008)، بأن هناك علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي.

ويفسر الباحث هذه النتيجة من خلال ربط مفهوم الصلابة النفسية مع طبيعة التكيف الانفعالي لدى الفرد، حيث من الواضح أن الصلابة النفسية تعبر عن قدرة الفرد على مواجهة الظروف والأزمات وتحملها، ومن الممكن أن يكون لها تأثير في قدرة الفرد على التكيف الانفعالي والتخفيف من أثر الإصابة بمرض معين كمرض السكري، ويعتبر الشخص المصاب

بالسكري شخصاً طبيعياً إذا ما اتسم بقوة صلابة تمكنه من القدرة على التكيف مع مرضه والتعايش معه كونه مرضاً مزماً سيرافقه طيلة حياته.

وقد أشار الطحان (1996) من خلال طرحه لمجموعة من السمات التي تميز الشخص القادر على التكيف الانفعالي مع الظروف الضاغطة والأمراض المختلفة، وأهمية وجود سمات الصلابة النفسية لتحقيق ذلك، ومن هذه السمات أن يتميز الفرد بشخصية قوية وصلبة ليتمكن من مواجهة العقبات، بالإضافة إلى أن تكون شخصيته متماسكة ومتحررة من الكثير من عوامل القلق والإجهاد والصراعات.

ويمكن تفسير ذلك بأن اتسام الفرد بالصلابة النفسية يعمل على تغيير إدراك الفرد حول المرض، من خلال النظر للمرض على أنه قضاء الله وقدره، وليس من صنع الإنسان، ولا يمكن للإنسان أن يتصدى لأمر الله - عز وجل - من خلال ذلك يكون الفرد على قدر من الوعي، يساعده في عملية التكيف الانفعالي، وأن لا يكون عرضة لعوامل الضغط والقلق والاكتئاب.

كما يمكن عزو هذه النتيجة أيضاً من خلال النظر إلى طبيعة مرض السكري كواحد من الأمراض المزمنة التي تصاحب الفرد طيلة حياته، حيث أن إصابة الفرد بهذا المرض تفرض عليه أن يتسم بالقدرة على ضبط انفعالاته والتكيف وإلا كان هلاكه، وعملية التكيف الانفعالي بما فيها من ضبط لعوامل القلق والاكتئاب والالتزان الانفعالي تتطلب من الفرد أن يكون قادراً على المواجهة والتحمل والتحدي، وهذا ما يعرف بقوة الصلابة النفسية لدى الفرد، وذلك يعزز صحة النتيجة التي توصلت إليها الدراسة.

وقد أشار إريكسون أنه لا يمكن للفرد أن يواجه مشكلاته وتحملها إلا من خلال قيام الشخصية بوظائفها باستمرار، كما يربط بين نمو الشخصية والتكيف الانفعالي، ويعتبر أن الهدف الأسمى في هذه الحياة هو قدرة الفرد على التكيف والنمو بشكل سليم (جابر، 1992).

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تعزى إلى (الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد سنوات الإصابة بالمرض ونوع العلاج المستخدم)؟" أظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد يعزى لمتغير (نوع العلاج المستخدم)؛ لصالح من يتناولون الحبوب مقارنة بمن يأخذون إبر الأنسولين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأشخاص الذين يتناولون الحبوب تكون قدرتهم على تحمل المرض أعلى، وذلك لأن طريقة العلاج باستخدام الحبوب تعتبر أسهل وأقل تكلفة ومعاناة من استخدام الإبر، كما أن طريقة استخدام الحبوب لا تحتاج للمساعدة من الآخرين في حين أن طريقة الإبر تحتاج للمساعدة، وذلك من شأنه أن يؤكد صحة النتيجة.

كما أشارت النتائج إلى وجود فرق دال إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (العمر)؛ لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة (من 39 سنة فأقل) مقارنة بنظرائهم من ذوي الفئات العمرية المتوسطة (من 40 سنة إلى 53 سنة)، وإصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية الكبيرة (من 54 سنة فأكثر) مقارنة بنظرائهم من ذوي الفئات العمرية المتوسطة (من 40 سنة إلى 53 سنة فأكثر).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الفئات العمرية المنخفضة تكون قوة الصلابة النفسية أعلى من غيرهم وذلك لأن هذه الفئات في الغالب تكون مدة إصابتهم بالمرض قليلة مقارنة مع الفئات العمرية المتوسطة وذلك من شأنه أن يقلل من إصابة الفرد بالاضطرابات الجسدية الناتجة عن

مرض السكري، كما أن إدراك المرضى للمرض ولعواقبه عليهم تكون بدرجة أقل خصوصاً في الفئات العمرية المنخفضة، ويزداد إدراك الفرد المصاب للمرض ولعواقبه كلما تقدم بالعمر. وبالنظر للجزء الثاني من النتيجة الذي يبين أن قوة الصلابة لدى الفئات العمرية الكبيرة من (54 سنة فأكثر) مقارنة مع الفئات العمرية المتوسطة، فمن الطبيعي أن يعتاد الفرد المصاب بالمرض كلما تقدم به العمر، لأن ذلك متوقفاً بالنسبة له وخصوصاً في العائلات التي تعاني من اكتساب المرض نتيجة العامل الوراثي.

كما أشارت النتائج إلى وجود فرق دال إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (المستوى التعليمي)؛ لصالح المرضى الأميين مقارنة بنظرائهم من حملة دبلوم كلية مجتمع فأعلى.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة مارتن وأنجل وجريني (Martin, Engle & Graney, 1999)، التي وجدت أن النساء الأميات كنّ يتميذن بتكيف انفعالي بدرجة أعلى من النساء المتعلّمات والمتقّفات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن عامل الثقافة والتعليم له دور في قوة الصلابة النفسية وذلك لأن الفرد المتقّف والمتعلّم والمصاب بمرض السكري، لديه القدرة على الاطلاع والاستكشاف عن المرض وعن خطورته من خلال الوسائل المتعددة والمتنوعة، والاطلاع على المخاطر الصحية والجسمية المرتبطة بالمرض مما يجعله يشعر بالقلق والتوتر، وذلك من شأنه أن يقلل من قوة الصلابة لديه في حين أن الفرد المصاب الأمي لا يستطيع الاطلاع والقراءة وتتبع المرض وذلك من شأنه أن يحافظ على نسبة صلابة عالية وقوية لديه.

كما يمكن عزو النتيجة إلى المستوى الثقافي والتعليمي المتقدم للمجتمع الذي طبقت فيه الدراسة وهو مجتمع محافظة إربد حيث أن مجتمع محافظة إربد يعتبر من المجتمعات المتعلمة

والمثقفه الموجودة في المملكة الأردنية الهاشمية، وما يتبع ذلك من الاطلاع والبحث عن مفهوم مرض السكري وما يمكن أن يسببه المرض من مضاعفات أخرى، ويؤدي ذلك بدوره إلى زيادة القلق والتوتر للمصاب ويمكن أن يؤثر على حالته النفسية مما يجعله عرضة للإرهاق، كل ذلك يعتبر سبباً من الأسباب المؤدية لقلة الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد، ويتفق هذا التفسير مع الدراسة التي قام بها كل من مارتن وانجلي وجريني (Martin, Engle & Graney, 1999) التي بينت أن النساء المثقفات كان مستوى الصلابة النفسية لديهن متدنٍ مقارنة مع النساء الأميات اللاتي كنّ يتمتعن بمستوى صلابة مرتفع.

كما بينت النتائج وجود فرق ذال إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض)؛ لصالح المرضى من ذوي سنوات الإصابة القصيرة بالمرض (من 4 سنوات فأقل) مقارنة بنظرائهم من ذوي سنوات الإصابة المتوسطة بالمرض (من 5 إلى 9 سنوات)، ولصالح المرضى من ذوي سنوات الإصابة الطويلة بالمرض (من 10 سنوات فأكثر) مقارنة بنظرائهم من ذوي سنوات الإصابة بالمرض المتوسطة (من 5 إلى 9 سنوات).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأفراد ذوي سنوات الإصابة القصيرة (من 4 سنوات فأقل) تكون قوة الصلابة النفسية لديهم أعلى من الأفراد ذوي سنوات الإصابة المتوسطة (من 5 إلى 9 سنوات) وذلك لأن الفرد المصاب حديثاً بالمرض يكون لا يزال في حالة صحية جيدة ولم يؤثر المرض على جسمه بشكل ملحوظ، كما أن المصابين حديثاً لا يزالون يبحثون عن وسيلة علاج للمرض أو البحث عن طرق للحفاظ على كيفية صحتهم وعدم التعرض للمضاعفات الأخرى للمرض؛ أما بالنسبة للجزء الثاني من النتيجة الذي يشير بأن الأفراد من ذوي سنوات

الإصابة الطويلة (من 10 سنوات فأكثر) تكون قوة الصلابة لديهم أعلى من نظرائهم ذوي سنوات الإصابة المتوسطة (من 5 إلى 9 سنوات).

كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة إربد تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية). وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة شيبيرد وكاشاني (Shepperd & Kashani, 1991)، التي بينت أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستوى الصلابة النفسية لصالح الذكور.

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً تعزى لمتغير الجنس بأن الصلابة النفسية تعبر عن قوة تحمل الفرد للمرض وذلك يشير إلى أن قوة الصلابة النفسية لا تختلف لدى الفرد باختلاف الجنس وذلك لأن مرض السكري تظهر عواقبه بشكل مختلف على المريض، كما أن التطور التكنولوجي والتقدم العلمي في وقتنا الحاضر ألغى الفروقات بين الجنسين، فأصبحت الأنثى تشارك الذكر في جميع مجالات العمل وباختلافه، وذلك بدوره يعزز صحة هذه النتيجة ويلغي الفروقات في قوة الصلابة النفسية تبعاً لهذه المتغيرات.

كما يمكن تفسير النتيجة التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائياً تعزى للحالة الاجتماعية، فإن الإصابة بمرض السكري ومضاعفاته لا تميز بين أعزب أو متزوج أو مطلق أو أرمل، حيث أن نتائج المرض تكون بدرجة واحدة على جميع الفئات السابقة، كما أن مجتمع هذه الدراسة يعتبر من المجتمعات المتقدمة والمواكبة للتطور العلمي والتكنولوجي، وهذا بدوره يلغي جميع أشكال التمييز بين المصابين، ويعتبر عامل مساعد للإطلاع والنظر للمرض عن قرب مما يعزز صحة هذه النتيجة.

حيث أن لكل فرد القدرة على إظهار أي مستوى من مستويات الصلابة النفسية، حيث يعتمد ارتفاع ذلك أو انخفاضه على طبيعة الموقف الذي يكون فيه، (بغض النظر عن جنس

المصاب أو حالته الاجتماعية)، وعلى الأغلب أن السبب في ذلك يعود إلى الاختلاف في مدى إدراك الفرد للأحداث والظروف التي تواجهه، وما له من دور كبير في التأثير على شكل خبراته والانعكاسات على صحته الجسمية والنفسية؛ لذلك فإن الصلابة النفسية تعتبر طاقة مخزونة لدى كل فرد وتعتبر أيضاً قدرة مكتسبة قابلة للتغيير (عباس، 2010).

خامساً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: "هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التكيف الانفعالي تعزى إلى (الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة

الاجتماعية وعدد سنوات الإصابة بالمرض ونوع العلاج المستخدم)؟"

بينت النتائج وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد يعزى لمتغير (نوع العلاج المستخدم)؛ لصالح من يتناولون الحبوب مقارنة بمن يأخذون إبر الأنسولين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن استخدام الحبوب للعلاج يعتبر أسهل وأقل تكلفة من استخدام إبر الأنسولين كما أشرنا في تفسير هذه النتيجة في متغير الصلابة النفسية، مما يؤثر في تكيف الفرد مع المرض، كما أن استخدام الإبر كوسيلة للعلاج يحتاج للمساعدة من الآخرين وتحمل ضجر من يقومون بخدمة المريض، ويزيد من عوامل القلق والضغط لدى المريض، ومن الممكن أن يتسبب في اكتئاب الفرد، كل ذلك يؤثر في تكيف الفرد المصاب بالمرض انفعالياً.

كما بينت النتائج وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (العمر)؛ لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة (من 39 سنة فأقل) مقارنة بنظرائهم من ذوي الفئات العمرية الكبيرة (من 54 سنة فأكثر).

اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة لونارد وجانق وسيفك Leonard, Jang, Savik, (2002)، التي أشارت إلى أن الأطفال المصابين بالسكري، يتميزون بدرجة تكيف انفعالي أعلى من المراهقين والكبار.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأفراد المصابين بالمرض من نوي الفئات العمرية المنخفضة (من 39 سنة فأقل) يكونون بحالة صحية ونفسية أفضل مقارنة بنظرائهم من نوي الفئات العمرية الكبيرة (من 54 سنة فأكثر)، ويكونون قادرين على الالتزام بالعلاج والحمية الغذائية بدرجة أكبر، في حين أن الفئات العمرية الكبيرة تكون أجسامهم ضعيفة ومعرضة للإصابة بالأمراض الأخرى، بحيث يتفاعل مرض السكري مع هذه الأمراض، مما يؤثر في تكيف الفرد انفعاليا في هذه الأعمار.

كما بينت النتائج وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد وفقاً لمتغير (عدد سنوات الإصابة بالمرض)؛ لصالح المرضى من نوي سنوات الإصابة الطويلة بالمرض (من 10 سنوات فأكثر) مقارنة بنظرائهم من نوي سنوات الإصابة بالمرض القصيرة (من 4 سنوات فأقل).

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن الأفراد من نوي سنوات الإصابة الطويلة بالمرض (من 10 سنوات فأكثر) تكون قدرتهم على التكيف الانفعالي بدرجة أكبر، وذلك لأن المدة الزمنية الطويلة مع المرض تجعل الفرد يعتاد على مرضه ويعتاد على أنه شخص مصاب بالسكري وتصبح لديه القدرة على التكيف الانفعالي مع المرض بشكل تدريجي، في حين أن المرضى من نوي سنوات الإصابة بالمرض القصيرة (من 4 سنوات فأقل) يكونون في حالة ضعف وعدم رضا لما أصابهم ويشعرون بأن الحياة انتهت بالنسبة لهم كونهم أشخاصاً مصابين بالسكري، كما

أن الالتزام بنظام الحماية الغذائية، وامتناعهم عن تناول العديد من أنواع الطعام والشراب يؤثر في قدرتهم على التكيف الانفعالي مع المرض.

حيث بين أصحاب المدرسة السلوكية أن التكيف الانفعالي، هو بمثابة قدرة الفرد على اكتساب العادات الفعالة التي تساعد الفرد على التعامل مع الآخرين، بطرق أكثر إيجابية؛ وتعتبر أساليب التكيف الانفعالي أساليب متعلمة ومكتسبة من خلال الخبرات التي يمر بها الفرد، ويعتبر السلوك التكيفي سلوك يشتمل على الخبرات التي تشير إلى كيفية الاستجابة لتحديات الحياة، والتي سوف تقابل بعوامل التعزيز والإثابة من قبل الآخرين (أبو سعدة، 2005). كما أن أنماط التكيف الانفعالي تعد متعلمة ومكتسبة من البيئة بالإضافة إلى خبرات الفرد، لذلك فإن سلوك الفرد المتكيف يشتمل على مجموعة من الخبرات التي تبين كيفية استجابة الفرد للتحديات الحياتية والضغطات والأمراض، والتي يجب مقابقتها بقوة الصلابة والتعزيز والتدعيم (عبد اللطيف، 2009). (وترتبط هذه الخبرات مع المدة الزمنية للإصابة بالمرض كما تبين في النتيجة الحالية).

كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد تعزى لمتغيرات (الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة أنزلين وماثيو وديميتتر (Enzlin, Mathieu & Demyttenaere, 2002) التي بينت وجود اختلاف بين الذكور والإناث في قدرتهم على التكيف الانفعالي لصالح الذكور؛ كما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة لي ودروري وتاييلور (Li, Drury & Taylor, 2013) التي بينت أن النساء المتعلمات والمتقنات لديهن قدرة على التكيف الانفعالي بدرجة أعلى من غيرهن.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن مجتمع محافظة إربد يعتبر من المجتمعات المثقفة والمتعلمة القادرة على الاطلاع والبحث، كما أنه مجتمع لا يفرق بين الذكر والأنثى من حيث المشاركة بالأعمال والنشاطات بغض النظر عن المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية، وذلك من شأنه أن يعزز ما توصلت إليه هذه النتيجة.

وقد بين أصحاب النظرية البيولوجية بأن جميع مظاهر الفشل في التكيف الانفعالي، ناتجة عن أمراض تصيب أنسجة جسم الإنسان، وأن هذه الأمراض تؤثر على الحالة النفسية للفرد وتجعله عرضة لعوامل القلق والاكتئاب نتيجة تعرضه للأمراض الجسدية، أو يمكن توارثها أو اكتسابها من خلال الجروح والعدوى، أو الخلل الهرموني الناتج عن الأحداث الواقعة على الفرد ولم يشيروا إلى أن هناك أثر للجنس، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية في الاختلاف في مستوى التكيف الانفعالي (الخالدي، 2000).

التوصيات

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يمكن للباحث أن يوصي بما يلي:

- العمل على رفع مستوى الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري من خلال التدريب والممارسة ضمن البرامج التربوية والمناهج التعليمية.
- أن يتعامل الطبيب والمشرف مع أخصائي نفسي لتوعية المريض بالسكري من الناحية الصحية ولجعله أكثر تقبلاً لنفسه وللآخرين، لكي يكون مفهوماً إيجابياً عن ذاته وعن الآخرين مما يساعده على التكيف مع المرض والتوافق مع نفسه ومع الآخرين.
- القيام بجلسات إرشادية من قبل الأخصائي النفسي بالتعاون مع الطبيب المعالج وذلك لبعض الحالات المريضة بالسكري، وتوعيتهم بطبيعة مرضهم، وضرورة تهيئة المريض لتلقي العلاج الجسدي والنفسي بشكل يجعله راضٍ عن نفسه ويدعم ثقته بنفسه مما يساعده على تكوين مفهوم إيجابي عن ذاته، وأكثر تقبلاً لها.
- أن يهتم الأخصائيين بمرضى السكري، والعمل على إعادة التوافق النفسي الاجتماعي لبعض الحالات، ومساعدتهم على تخفيف الضغوط والانفعالات النفسية المترتبة على حالاتهم المرضية.
- العمل على توعية المرضى صحياً ونفسياً واجتماعياً، ونشر الوعي في أسر المرضى، بالتعاون بين القطاع الصحي والإعلام بوسائله المختلفة.
- العمل على توعية أفراد الأسرة وخاصة (الزوج/ الزوجة)، بكيفية معاملة المريض، ومراعاة حالته الصحية حفاظاً على صحته .
- أن يكون هناك تعاون بين الطبيب والأسرة في العمل على إعداد البيئة الطبيعية لاستقبال المريض، وفي تنفيذ خطة العلاج التي تتطلب من المرضى برنامجاً غذائياً منتظماً، ورعاية طبية دقيقة بحيث يتم مراعاة ومعاملة المرضى معاملة خالية من الاستنارة والمواقف الانفعالية التي تؤثر على صحته بشكل سلبي.

قائمة المراجع

أولا : المراجع العربية:

- جابر، جابر. (1992). النمو النفسي والتكيف الاجتماعي، القاهرة: دار النهضة العربية.
- الجمعية الأمريكية لمرض السكري. (2004). الدليل الوافي لمرض السكري. الرياض: مكتبة جرير.
- الحافظ، نوري. (1987). التكيف وانعكاساته الايجابية. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- الحريش، عبد الله. (2001). الأطفال ومرض السكر. الرياض: مكتبة العبيكان .
- الحسيني، أيمن. (1990). عزيزي مريض السكر. الإسكندرية، مكتبة ابن سينا.
- حمادة، عمر وعبد اللطيف، عز. (2002). الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة. مجلة الدراسات النفسية، 7(2): 229-272.
- الخالدي، أديب. (2000). الصحة النفسية. ليبيا: الدار العربية للنشر.
- الخلف، عمر. (2007). مستوى التوافق الاجتماعي والانفعالي لدى عينة من المتعاطين وغير المتعاطين في مدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
- الداهري، صالح. (2008). أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الذويب، مي. (1995). التكيف النفسي والاجتماعي لدى أبناء المرضى النفسيين. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية، الأردن.
- أبو زيد، إبراهيم. (1987). سيكولوجية الذات والتوافق. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- سبيعي، عدنان. (1992). في سيكولوجية المرض والمعاقين. دمشق: الشركة العربية للطباعة.

أبو سعدة، أحمد. (2005). أثر التكيف الزواجي التكيف النفسي وتلبية الحاجات النفسية الأساسية لدى الأبناء. رسالة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الأردنية، الأردن.

الشحومي، عبد الله. (1989). التوافق النفسي عند المعاق، دراسة في سيكولوجية التكيف، مجلة التربية الجديدة، 16(48): 60-65.

شقير، زينب. (2002). الأمراض السيكوسوماتية (النفس-جسمية). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

صالح، قاسم. (1986). الإنسان من هو. بغداد: دار الشؤون الثقافية العامة.

الصفطي، مصطفى. (1983). التوافق الشخصي والاجتماعي والدراسي لطلاب شهادة الثانوية العامة وعلاقته ببعض المتغيرات. أطروحة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية، جامعة الاسكندرية.

الطحان، محمد. (1996). مبادئ الصحة النفسية. دار القلم للنشر والتوزيع، دبي.

العامري، أروى. (2003). التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن حول التنقية الدموية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

عباس، مدحت. (2010) الصلابة النفسية كمنبئ يخفض الضغوط النفسية والسلوك العدواني لدى معلمي المرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية، 26(1): 168-233.

عبد الكريم، مبروك. (1994). الأبعاد الأساسية للتوافق النفسي الاجتماعي لدى المسنين. دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

عبد اللطيف، مدحت. (2009). الصحة النفسية والتفوق الدراسي. الإسكندرية: دار المعرفة.

عبد الله، مجدي. (1996). السلوك الاجتماعي ودينامياته. الأزراطة: دار المعرفة الجامعية.

- العبدلي، خالد. (2012) الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعادين بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، السعودية.
- عطية، نوال. (2001). علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي. القاهرة: دار القاهرة للكتاب.
- عودة، أحمد. (2010). القياس والتقويم في العملية التدريسية. الأردن: دار الأمل.
- عويس، إسماعيل. (2002). كيف تتعايش مع مرض السكري. القاهرة: مكتبة الصفا.
- القاضي، نجاه. (1998). الآثار الاجتماعية لمرض السكر ودور الخدمة في مواجهتها. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الاجتماعية التطبيقية، جامعة الفاتح.
- الكلي، بدرية. (2002). رؤية المعاق حركياً للآخرين وتكوين مفهوم الذات لديه. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الفاتح.
- مجدى، محمود. (2007) بناء مقياس الصلابة النفسية لمعلمي التربية الرياضية. مجلة البحوث النفسية والتربوية، 5(2): 69-111.
- مخيمر، عماد (1996) إدراك القبول و الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية، 6 (2)، 275-299.
- مخيمر، عماد (2002). مقياس الصلابة النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة، مصر.
- النباسي، محمد. (1987). الأمراض النفسية وعلاجها. مركز الدراسات النفسية، مصر.
- أبو الندى، عبد الرحمن. (2007). الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر.

- Allered, K.; Smith, T. (1989). The Hardy personality cognitive and physiological responses to evaluative threat. **Journal of personality and social psychology**, 50 (1): 257-266.
- Bennett, P.; Knowler, W. (2005). Definition, diagnosis, and classification of diabetes mellitus and glucose homeostasis. In Kahn, C.; Ronald, Weir, Gordon. C., King, George. L.; Moses, Alan. C.; Smith, Robert. J.; & Jacobson, Alan. M.; (Eds.), **Joslin's Diabetes Mellitus (14th) Edition (331-339)**. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Betancourt, R.; Degnan, K.; Long, J. (2013). Racial differences in glucose control among patients with type 2 diabetes: a survey on dietary temptations, coping, and trust in physicians. **Journal PediatrNurs**, 23(4): 409-14.
- Brooks, M. (2008). Health related hardiness in individuals with chronic illnesses. **Clinical Nursing Research an International Journal**, 17 (2): 98-117.
- Carlos J.; Gois, C.; Ferro, L.; Filomena, P.; Silvia, R.; & Antonio F. (2012). **Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self- integration & self-regulation. ActaDiabetologica. 47 (1 Supplement)**, 33-40. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s00592-010-0191-7>
- Dennis, E.; Hinkle, W.; Wiersma, G. (1988). applied statistics for the behavioural sciences second edition **Houghton Mifflin Company Boston by Houghton Mifflin Company.**
- Dunn, S.; Smartt, L.; Turtle, J. (1986). Measurement of Emotional Adjustment in diabetic Patients: **validity and Reliability. Diabetes Care**, 9 (5): 80 – 89.

- Enzlin, P.; Mathieu, C.; Demyttenaere, K. (2002). Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: an explorative study. **Patient Educ Couns**;48(2):139-45. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12401417>
- Fowler, M. (2007). Classification of diabetes: not all hyperglycemia is the Same. **Clinical Diabetes**, 25(2): 74-76.
- Gangi, M.; Asfajir, A.; Doosti, Y. (2014). Psychological Hardiness And Stress Mangement Strategies Among Diabetics and Nondiabetics. **Journal of Psychology & Behavioral Studies**, 2(2): 28-76.
- Garay, M.; Porras, J.; Malacara, J. (2011). Coping strategies and adherence to treatment in patients with (type 2)diabetesmellitus. **Joynral Pediatr Nurs**, 63(2): 61-155.
- Gu, K. (2008) Factors Influencing Adherence To Preventive Behavior on Chronic Complications of Diabetes Mellitus. **Korean diabetes journal** 32(1): 77-82.
- Jacobson, A.; Hauser, S.; Wertlieb, D.; Wolfsdorf, J.; Orleans, J.; &Vieyra, M. (1986). Psychological adjustment of children with recently diagnosed diabetes mellitus. **Diabetes Care**, 9(4): 323-32. Retrieved from <http://care.diabetesjournals.org/content/9/4/323.abstract#cited-by> .
- Kobasa, S. (1979). Stressful Life Events, Personality & health: An Inquiry into hardiness. **Journal of Personality & Social Psychology**, 37(1): 1-11.
- Kobasa, S. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers. **Journal of personality and social psychology**, 4(4): 707-717.

- Kobasa, S.; Maddi, S.; & Puccetti, S. (1985). Hardiness & Health. A Prospective study. **Journal of Personality & Social Psychology**, 42(1): 168-177.
- Kobasa, S.; Puccetti, M. (1983). Personality & social resources in stress resistance. **Journal of Personality & Social Psychology**, 45(4)839-850.
- Leonard, B.; Jang, Y.; Savik, K. (2000). Psychosocial factors associated with levels of metabolic control in youth with type 2 diabetes. **J Pediatr Nurs**, 17(1):28-37.
- Li, J.; Drury, V.; Taylor, B. (2013). 'Diabetes is nothing': the experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes. **Journal Pediatr Nurs**, 45(2):188-96.
- Long, S. (2005). **Occupational stress in men and women: a comparative study of coping resources**. Unpublished Master Thesis, Rends Afrikaans University: Johannesburg.
- Maddi, S. (2004). Hardiness: An Operation Alization of existential courage. **Journal Of Humanistic Psychology**, 44(3):279-298.
- Maddi, S.; Harvey, R. (2006). **Hardiness consideration across cultures**. In Paul Wong, (Eds.), *Handbook of Multicultural perspectives on stress and coping* (409-426). United States of America: Springer Science + Business Media, Inc.
- Martin, J.; Engle, V.; & Graney, M. (1999). Determinants of health-related hardiness among urban older African-American women with chronic illness. **Holistic Nursing Practice**, 13(3): 62-70.

- Nardi, L.; Zucchini, S.; D'Alborton, F.; Salardi, S.; Maltoni, G.; Bisacchi, N.; Elleri, D.; Cicognani, A. (2008). **Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation.** *Epup*, 9(5):496-503. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20473694>.
- Navuluri, R. (2000). Do Hardiness And Attitude Promote Self-care Adherence To Physical Activity Among Adults With Diabetes. *Journal of Internal Medicine*. 3(5): 35-40. Retrieved from <http://ispub.com/IJIM/3/1/8640>.
- Nicholas, P.; Kennelly, D.; D'mezaLeuner, P. (1999). **Hardiness, Social Support, and Health Status.** Are There Differences in Older African-American and Anglo-American Adults.
- Nowak, M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2): 145-158.
- Pollock, S. (1986). Human responses to chronic illness: physiologic and psychosocial adaptation. *J Pediatr Nurs*, 35(2):90-95.
- Ramesh, B.; Navuluri, R. (2000). Gender differences in the factors related to physical activity among adults with diabetes. *Nursing & Health Sciences*, 2(4):191-199.

Replay, P. (1990). Adapting to diabetes: metabolic control and psychosocial variables. **Aust J Adv Nurs**, 8(5):41-47. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/2102697/reload=0;jsessionid=N Aa6tsNgOxAXAtu7qKIM.12>.

Ross, M. (1991). Hardiness and compliance in elderly patients with diabetes. **The Diabetes Educator**, 17(5): 40-48. Retrieved from <http://tde.sagepub.com/content/17/5/372.short>.

Rudusky, D. (2006). **Diabetes Without Complications**. Victoria: Trafford Publishing.

Shepperd, J.;&Kashani, J. (1991). **The Relationship of hardiness, gender & stress to health outcomes in adolescents.**

Sleeman, F.; Northam, E.; Crouch, W.; Cameron, F. (2012). Psychological adjustment of well siblings of children with Type 2 diabetes. **J Pediatr Nurs**, 27(9): 84-87.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الملاحق

الملحق (أ)

قائمة بأسماء المحكمين

الدرجة	التخصص	الدرجة	الاسم
اليرموك	إرشاد نفسي	أستاذ مشارك	د. قاسم سمور
اليرموك	إرشاد نفسي	أستاذ مشارك	د. عبد الكريم جرادات
اليرموك	إرشاد نفسي	أستاذ مساعد	د. عمر شواشره
اليرموك	إرشاد نفسي	أستاذ مساعد	د. أحمد الشرفين
اليرموك	إرشاد نفسي	أستاذ مساعد	د. رامي طشطوش
اليرموك	إرشاد نفسي	أستاذ مساعد	د. فواز المومني
اليرموك	علم نفس تربوي	أستاذ مساعد	د. فيصل الربيع
اليرموك	إرشاد نفسي	أستاذ مساعد	د. حنان الشقران
اليرموك	علم نفس تربوي	مدرس	أ. علاء عبيدات
اليرموك	إرشاد نفسي	مدرس	أ. مؤيد مقدادي

الملحق (ب)

مقياس الصلابة النفسية بصورته الأولية:

الأستاذ الدكتور:..... حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

يقوم الباحث بدراسة بعنوان " الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة اربد". لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإرشاد النفسي ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام مقياس لقياس الصلابة النفسية من إعداد الطلاع و النجار (2012) حيث يتكون المقياس من (30) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي الالتزام ويتكون من (10) فقرات، التحكم ويتكون من (10) فقرات، والتحدي ويتكون من (10) فقرات، وتتم الإجابة عليه وفق تدرج ليكرت الخماسي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً).

ولما عهدته فيكم من خبرة وتعاون فإنني أضع بين أيديكم المقياس بصورته الأولية راجياً

تحكيمة من حيث:

- سلامة الصياغة اللغوية للفقرة.
- انتماء الفقرة للمجال الذي أدرجت فيه.
- أي ملاحظات وتعديلات ترونها مناسبة.

شاكراً ومقدراً لكم تعاونكم

الباحث

زياد العزام

الرقم	الفرقة	الصياغة اللغوية		الانتماء إلى المجال		الملاحظات
		سليمة	غير سليمة	ليبي	لا تنتمي	
المجال الأول: الالتزام						
1.						استطيع تحقيق أهدافي مهما كانت العقبات.
2.						تكن قيمة الحياة في التزام الفرد بالمبادئ.
3.						تضيق أوقاتي في أنشطة لا معنى لها.
4.						أعتقد أن لي هدفا أعيش من أجله.
5.						أعتقد أن لدي الدافعية للمشاركة في الأنشطة المجتمعية.
6.						أبادر لمساعدة الآخرين لحل مشاكلهم.
7.						أعتقد أن البعد عن الناس راحة.
8.						أهتم بالأحداث التي تجري حولي.
9.						أجد صعوبة في التكيف مع الآخرين.
10.						أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين.
المجال الثاني: التحكم						
1.						أأخذ قراراتي بنفسني دون إملاء خارجي.
2.						أعتقد أن لدي القدرة على تنفيذ خطتي المستقبلية.
3.						يعتمد نجاح أعمالني على مجهودي الذاتي.
4.						أعتقد أن الحياة مجرد فرص.
5.						أعتقد أن ما يحدث لي نتاج تخطيطي.
6.						تلعب الصدفة دورا هاما في حياتني.
7.						أستطيع التحكم في مجرى حياتني.
8.						أعتقد أن سوء الحظ يعود لسوء التخطيط.
9.						أعتقد أن لي تأثيراً قوياً على أحداث حياتني.
10.						أخطط لحياتي ولا أتركها تحت رحمة الصدفة.
المجال الثالث: التحدي						
1.						أعتقد أن متعة الحياة تكمن في المواجهة.
2.						أقتحم المشكلات لمعالجتها.
3.						أشعر أن لدي حب استطلاع ورغبة في المعرفة.
4.						أعتقد أن لدي القدرة على المواصلة حتى الوصول إلى الحل.
5.						تستغفر المشكلات قدرتي على التحدي.
6.						أشعر بالتهديد على حياتني من الظروف المستقبلية.
7.						أشعر أن لدي حب المفاخرة.
8.						أبادر لمواجهة المشكلات لأنني أثق في قدراتي.
9.						أستمتع بالحياة الثابتة والسكنة.
10.						أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات قبل أن تحدث.

الملحق (ج)

مقياس الصلابة النفسية بصورتها لنهاية

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي/ أختي المحترم/ة

أمامك مجموعة من العبارات التي تتناسب مع وجهة نظرك والتي تفيدني في عمل بحث علمي، ونأمل منك قراءة كل عبارة بعناية ثم وضع إشارة (X) مقابل الخانة المناسبة. ونأمل منك أن لا تترك أي عبارة دون أن تجيب عليها، مع ملاحظة أنه لا توجد عبارة صحيحة أو خاطئة، فالإجابة تعتبر صحيحة عندما تعبر عن ما تشعر به تجاه المعنى الذي تتضمنه العبارة.

العمر: الجنس: ذكر / أنثى المستوى التعليمي :

عدد سنوات الإصابة بالمرض: نوع العلاج المستخدم:

الحالة الاجتماعية: أعزب / متزوج / مطلق / أرمل .

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحث

زياد طالب العزام

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1.	أسعى لتحقيق أهدافي مهما كانت العقبات.					
2.	تُكمن قيمة الحياة في التزام الفرد بالمبادئ.					
3.	تضيق أوقاتي في أنشطة لا معنى لها.					
4.	لحياتي أهدافاً أعيش من أجلها.					
5.	لدي الدافعية للمشاركة في الأنشطة المجتمعية.					
6.	أبادر لمساعدة الآخرين.					
7.	أهتم بالأحداث التي تجري حولي.					
8.	أجد صعوبة في التكيف مع الآخرين.					
9.	أُتخذ قراراتي بنفسى دون تدخل أحد.					
10.	لدي القدرة على تنفيذ خططي المستقبلية.					
11.	نجاح أعمالي يعتمد على مجهودي الذاتي.					
12.	أعتقد أن الحياة مجرد فرص للفرد.					
13.	ما يحدث لي نتاج لتخطي.					
14.	تغيرات الحياة تهدد حياتي.					
15.	أستطيع التحكم في مسار حياتي.					
16.	متعة الحياة تكمن في مواجهة الظروف.					
17.	أبادر لحل المشكلة التي تواجهني.					
18.	أسعى لمعرفة كل ما هو جديد.					
19.	أعتقد أن لدي القدرة على المواصلة حتى الوصول إلى الحل.					
20.	تستغفر المشكلات قدرتي على التحدي.					
21.	الظروف المستقبلية تهدد حياتي.					
22.	أستمتع بالحياة الثابتة والساكنة.					
23.	أشعر بالخوف عند مواجهة تغيرات الحياة.					

الملحق (د)

مقياس التكيف الانفعالي بصورته الأولية

بسم الله الرحمن الرحيم

الأستاذ الدكتور: حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

يقوم الباحث بدراسة بعنوان " الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة أربد ". لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإرشاد النفسي ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام مقياس لقياس مستوى التكيف الانفعالي، حيث قام الباحث باستخدام مقياس التكيف الانفعالي (Measurement Of Emotional Adjustment in Diabetic Patients: Validity and Reliability). ويتكون المقياس من (34) فقرة موزعة على ستة مجالات، وهي: مجال الضغط النفسي، ويتكون من (11) فقرة، مجال التكيف والسيطرة، ويتكون من (8) فقرات، ومجال الشعور بالذنب والخجل من المرض، ويتكون من (5) فقرات، مجال الشعور بالسخط وعدم الرضا، ويتكون من (3) فقرات، ومجال التقبل والتسامح، ويتكون من (3) فقرات، وأخيراً مجال غموض التسامح ويتكون من (4) فقرات. وتم الإجابة على فقراته وفق تدرج خماسي (موافق بشدة، موافق، لا أعرف، غير موافق، غير موافق بشدة).

ولما عهدته فيكم من خبرة وتعاون فإنني أضع بين أيديكم المقياس بصورته الأولية راجياً تحكيمة

من حيث:

- سلامة الصياغة اللغوية للفقرة.
- انتماء الفقرة للمجال الذي أدرجت فيه.
- أي ملاحظات وتعديلات ترونها مناسبة.
- الترجمة المقياس.

شاكراً ومقدراً لكم تعاونكم

الباحث

زياد العزام

الملاحظات	الانتماء إلى المجال		الصياغة اللغوية والترجمة		المقابلة	الرقم
	لا تنتمي	تنتمي	غير اللبينة	اللبينة		
المجال الأول: الضغط النفسي (Strees)						
					إذا لم أعاني من مرض السكري فإبني سأكون شخصا مختلفا كثيرا If did not have diabetes I think I would be quite different person	1.
					مرض السكري لم يجري أي اختلافات على حياتي على الإطلاق Diabetes has made no difference to my life at all	2.
					عند سماعي بأنني مصاب بمرض السكري ، شعرت بأنه حكم علي بأن أبقى طيلة حياتي مريض. Being told you have diabetes is like being sentenced to a lifetime of illness.	3.
					مرض السكري أسوأ شيء حدث لي على الإطلاق Diabetes is the worst thing that ever happened to me.	4.
					أغلب الناس يواجهون صعوبة في التكيف مع إصابتهم بمرض السكري Most people would find it difficult to adjust to having diabetes.	5.
					السيطرة الصحيحة على مرض السكري تتطلب الكثير من التضحية والانتزاع The proper control of diabetes involves a lot of sacrifice and inconvenience.	6.
					لا أستطيع أن أقرر في بعض الأحيان أنني مريض أو معافى I often find it difficult to decide whether I feel sick or well.	7.
					أن تعاني من مرض السكري لمدة طويلة، يعمل على تغيير شخصيتك. Having diabetes over a long period changes the personality.	8.
					أشعر في أغلب الأحيان بالإحراج لأنني أعاني من مرض السكري I often feel embarrassed about having diabetes.	9.
					هناك أمل ضعيف بالاستمرار بالحياة بشكل طبيعي مع مرض السكري There is little hope of leading a normal life with diabetes.	10.
					أظن في أغلب الأحيان أنه ليس من العدل أن أعاني من مرض السكري، بينما الناس العاديين بأنهم صحتهم. I often think it is unfair that I should have diabetes when other people are so healthy.	11.
المجال الثاني: التكيف والسيطرة (Adaptation)						
					مرض السكري ليس مشكلة فعلية لأنه يمكن السيطرة عليه Diabetes is not really a problem because it can be controlled.	12.
					أؤمن بأنني سأتكيف بشكل جيد مع مرض السكري I believe I have adjusted well to Having diabetes.	13.
					أحب أن أعرف إذا كانت سيطرتي على مرض السكري لدي ضعيفة I would like to be told if my diabetes control had been poor.	14.

الملاحظات	الانتماء إلى المجال		الصياغة اللغوية والترجمة		الرقم
	لا تنتمي	تنتمي	غير متلزمة	متلزمة	
					15. الحديث إلى طبيبي عن مرض السكر غالباً ما يجعلني أشعر بالتحسن. Talking to my doctor about my diabetes usually makes me feel better.
					16. اعتقد بأنني على علاقة جيدة مع طبيبي I think I have a good relationship with my doctor.
					17. بعض الأحيان استخدم مرض السكري كعذر لأحقق بعض الأهداف. Sometimes I have used diabetes as an excuse to get my own way.
					18. أحب أن يخبروني عندما تكون سيطرتي على مرض السكري لدي جيدة. I like to be told when my diabetes has been will controlled.
					19. اغلب الناس قد يكونوا بصحة جيدة أكثر إذا اتبعوا حمية لمرض السكري. Most people would be a lot healthier if they followed a diabetic diet.
المجال الثالث: الذنب والحجل من المرض (Guilt and shame of the disease)					
					20. أحاول أن لا ادع الناس يعرفون أنني مصاب بمرض السكري I try not to let people know about my diabetes
					21. لا أحب أن يشار إلي بأنني مريض بالسكري I dislike being referred to as "a diabetic".
					22. لا يوجد احد اشعر أنني أستطيع أن أتكلم معه بارتياح عن مرضي السكري There is really no one I feel I can talk to openly about my diabetes.
					23. ليس هناك الكثير لأقوم به للسيطرة على مرض السكر There in not much I seem to be able to do to control by diabetes.
					24. بشكل عام، يحتاج الأطباء أن يكونوا أكثر تعاطفاً في معاملتهم لمريض السكري In general doctors need to be a lot more sympathetic in their treatment of people with diabetes.
المجال الرابع: السخط وعدم الرضا (Alienation)					
					25. اغلب الأطباء لا يعرفون ما معنى الإصابة بمرض السكري Most doctors really don't understand what its like to have diabetes.
					26. أن تعاني من مرض السكري يعني قبول تحمل مسؤولية علاج نفسك Having diabetes means accepting responsibility for your own treatment.
					27. السيطرة على وزني ليس مشكلة بالنسبة لي Weight control is not a problem for me.

الملاحظات	الانتماء إلى المجال		الصياغة القوية والترجمة		الفقرة	الرقم
	لا تنتمي	تنتمي	غير سليمة	سليمة		
المجال الخامس: القبول والتسامح (conviction) illness						
					فكرة تناول الحقن لا تضايقتني The thought giving myself an injection does not bother me.	28
					أؤمن بأن الأبحاث ستكشف علاجاً لمرض السكري I believe that research will discover a cure for diabetes before too long.	29
					أحب أن يخبرني احد إذا تمت السيطرة على مرض السكري I like to be told when my diabetes has been will controlled.	30
المجال السادس: الغموض (A sense of mystery)						
					اعلم بقدر ما احتاج لأعلمه عن مرض السكري I know as much as I need to know about diabetes.	31
					اعلم أنني قادر بالفعل بالاعتناء بمرضي السكري مع قليل من المساعدة الخارجية I feel quite capable of looking after I diabetes with minimum outside help.	32
					ليس هناك الكثير ما تفعله وأنت تعاني من مرض السكري There is really nothing much you can do if you have diabetes.	33
					وجود المرض لا يخيف كما يظن الناس Hypo's are not really as frightening as people think	34

الملحق (هـ)

مقياس التكيف الانفعالي بصورته النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي/ أختي المحترم/ة

أمامك مجموعة من العبارات التي تتناسب مع وجهة نظرك والتي تفيدني في عمل بحث علمي، ونأمل منك قراءة كل عبارة بعناية ثم وضع إشارة (X) مقابل الخانة المناسبة. ونأمل منك أن لا تترك أي عبارة دون أن تجيب عليها، مع ملاحظة انه لا توجد عبارة صحيحة أو خاطئة، فالإجابة تعتبر صحيحة عندما تعبر عن ما تشعر به تجاه المعنى الذي تتضمنه العبارة.

العمر: الجنس: ذكر / أنثى المستوى التعليمي :
عدد سنوات الإصابة بالمرض: نوع العلاج المستخدم: حبوب / أبر أنسولين
الحالة الاجتماعية: أعزب / متزوج / مطلق / أرمل .

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحث

زياد طالب العزام

الرقم	الفقرة	موافق بشدة	موافق	لا أعرف	غير موافق	غير موافق بشدة
1.	لو لم أعاني من مرض السكري لكنت شخصاً مختلفاً.					
2.	لم تتغير حياتي بعد إصابتي بمرض السكري.					
3.	عندما شعرت بأني مصاب بمرض السكري، أدركت بأنني سأبقى مريضاً طيلة حياتي.					
4.	إصابتي بالسكري أسوأ ما حصل لي.					
5.	أواجه صعوبة في التكيف مع مرض السكري.					
6.	السيطرة الصحيحة على مرض السكري تتطلب الكثير من التضحية.					
7.	أجد صعوبة أحياناً بتحديد فيما إذا كنت مريضاً أو معافى.					
8.	تغيرت شخصيتي نتيجة لإصابتي بمرض السكري.					
9.	أشعر بالإحراج لإصابتي بمرض السكري.					
10.	أجد صعوبة بالعيش بصورة طبيعية نتيجة لإصابتي بالسكري.					
11.	إصابتي بالسكري تشعرني بعدم العدالة، بينما الناس العاديين بأنهم صحة.					
12.	أشعر بأن لدي القدرة على التكيف مع مرض السكري.					
13.	أشعر بأنني أستطيع السيطرة على مرض السكري.					
14.	أشعر بالتحسن عند الحديث مع طبيبي عن مرض السكري.					
15.	أستغل مرض السكري كعذر لأحقق أهدافي الخاصة.					
16.	عندما ألتزم بحميتي الغذائية أشعر بصحة جيدة.					
17.	لا أحب أن يعرف الآخرون بأنني مصاب بمرض السكري.					
18.	لا أحب أن يشار إليّ بأنني مريض بالسكري.					

				لا أستطيع أن أتحدث مع احد بارتياح عن إصابتي بالسكري.	19.
				أشعر بالذنب لأن سيطرتي على مرض السكري محدودة.	20.
				إصابتي بمرض السكري تشعرني بالحاجة للتعاطف من الآخرين.	21.
				اغلب الأطباء لا يعرفون حقا معنى الإصابة بمرض السكري.	22.
				إصابتي بمرض السكري تعني تحملي مسؤولية علاج نفسي.	23.
				لا أستطيع التحكم بوزني.	24.
				تناولي لأدوية السكري لا تضايقتني.	25.
				أعتقد بأن الأبحاث سنكتشف علاجاً لمرض السكري قريباً.	26.
				أحب أن يخبرني احد إذا تمت السيطرة على مرض السكري.	27.
				لدي المعرفة بقدر ما احتاج من معلومات عن مرض السكري.	28.
				لدي القدرة على الاعتناء بمرضسي دون الحاجة للآخرين.	29.
				أشعر بأنه ليس هناك ما أفعله حيال إصابتي بالسكري.	30.
				مرض السكري لا يخيفني.	31.

المأق (و)
كتاب تسهيل المهمة



جامعة اليرموك
YARMOUK UNIVERSITY

كلية التربية
مكتب العميد

١٠٧/١٠٧

العدد الأول / ١٤٣٨

٢٠١٤ / آذار

عطفة الفاضل مدير مديرية صحة اربد المحترم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب زياد طالب نوفان العزام

تحية طيبة وبعد،،،

يقوم الطالب زياد طالب نوفان العزام، ورقمه الجامعي (٢٠١٢٤٠٢٠١٤)، بدراسة بعنوان "الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة اربد"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية، تخصص إرشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة المرفقة على عينة من مرضى السكري في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لمحافظة اربد.

أرجو التكرم بالإطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالب المذكور أعلاه.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

عميد كلية التربية

أ.د. أمل الخصاونة

تسليم
مديرية صحة اربد

١٤٣٨

١٥

مديرية صحة محافظة اربد

٢٠١٤ / آذار / ١٩

الرقم:

تسليم التوثيق

الملحق (ز)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مضمون فقرات الصلابة النفسية	اتجاه الفقرة	رقم الفقرة	الترتبة
متوسطة	1.20	3.23	تغيرات الحياة تهدد حياتي	سلبية	14	1
متوسطة	1.32	3.07	أشعر بالخوف عند مواجهة تغيرات الحياة	سلبية	23	2
متوسطة	0.96	2.73	تضييع أوقاتي في أنشطة لا معنى لها	سلبية	3	3
متوسطة	1.25	2.63	الظروف المستقبلية تهدد حياتي	سلبية	21	4
متوسطة	1.13	2.62	ما يحدث لي نتاج لتخطيطي	موجبة	13	5
متوسطة	1.23	2.59	لدي الداعمة للمشاركة في الأنشطة المجتمعية	موجبة	5	6
منخفضة	1.06	2.48	أجد صعوبة في التكيف مع الآخرين	سلبية	8	7
منخفضة	1.45	2.46	استمتع بالحياة الثابتة والسكنة	موجبة	22	8
منخفضة	1.26	2.43	أعتقد أن الحياة مجرد فرص للفرد	موجبة	12	9
منخفضة	1.03	2.43	تستغفر المشكلات قدرتي على التحدي	موجبة	20	10
منخفضة	1.04	2.39	أستطيع التحكم في مسار حياتي	موجبة	15	11
منخفضة	1.00	2.23	لدي القدرة على تنفيذ خططي المستقبلية	موجبة	10	12
منخفضة	1.09	2.23	أنتخذ قراراتتي بنفسني دون تدخل أحد	موجبة	9	13
منخفضة	0.95	2.14	متعة الحياة تكمن في مواجهة الظروف	موجبة	16	14
منخفضة	1.03	2.08	نجاح أعمالني يعتمد على مجهودي الذاتي	موجبة	17	15
منخفضة	1.03	2.06	أسعى لمعرفة كل ما هو جديد	سلبية	11	16
منخفضة	0.88	2.01	أعتقد أن لدي القدرة على المواصلة حتى الوصول إلى الحل	موجبة	19	17
منخفضة	0.95	1.97	لحياتي أهدافا أعيش من أجلها	موجبة	4	18
منخفضة	1.01	1.97	أهتم بالأحداث التي تجري حولي	موجبة	7	19
منخفضة	0.92	1.93	أبادر لمساعدة الآخرين	موجبة	6	20
منخفضة	0.88	1.86	أسعى لتحقيق أهدافني مهما كانت العقبات	موجبة	1	21
منخفضة	0.73	1.71	تكمن قيمة الحياة في التزام الفرد بالمبادئ	موجبة	2	22
منخفضة	1.13	3.38	أبادر لحل المشكلة التي تواجهني	سلبية	18	23

الملحق (ح)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مضمون فقرات التكيف الانفعالي	اتجاه لفقرة	رقم الفقرة	الرتبة
مرتفعه	0.91	3.99	السيطرة الصحيحة على مرض السكري تتطلب الكثير من التضحية	سالبه	6	1
مرتفعه	0.97	3.93	أحب أن يخبرني أحد إذا تمت السيطرة على مرض السكري	سالبه	27	2
مرتفعه	1.15	3.80	لو لم أعاني من مرض السكري لكنت شخصاً مختلفاً	سالبه	1	3
مرتفعه	1.17	3.78	إصابتي بمرض السكري تعني تحملي مسؤولية علاج نفسي	سالبه	23	4
متوسطه	1.26	3.67	عندما شعرت بأني مصاب بمرض السكري، أدركت بأني سأبقى مريضاً طيلة حياتي	سالبه	3	5
متوسطه	1.13	3.38	لا أستطيع التحكم بوزني	سالبه	24	6
متوسطه	1.19	3.31	أواجه صعوبة في التكيف مع مرض السكري	سالبه	5	7
متوسطه	1.24	3.30	لم تتغير حياتي بعد إصابتي بمرض السكري	موجبه	2	8
متوسطه	1.31	3.28	إصابتي بالسكري أسوأ مما حصل لي	سالبه	4	9
متوسطه	1.13	3.28	أشعر بأنه ليس هناك ما أفعله حيال إصابتي بالسكري	سالبه	30	10
متوسطه	1.14	3.20	أجد صعوبة أحياناً بتحديد فيما إذا كنت مريضاً أو معافى	سالبه	7	11
متوسطه	1.36	3.19	تناولي لأدوية السكري لا تضايقتني	موجبه	25	12
متوسطه	1.24	2.94	تغيرت شخصيتي نتيجة لإصابتي بمرض السكري	سالبه	8	13
متوسطه	1.31	2.94	إصابتي بمرض السكري تشعرني بالحاجة للتعاطف من الآخرين	سالبه	21	14
متوسطه	1.37	2.92	لا أحب أن يشار إلى أنني مريض بالسكري	سالبه	18	15
متوسطه	1.25	2.90	أجد صعوبة بالعيش بصورة طبيعية نتيجة لإصابتي بالسكري	سالبه	10	16
متوسطه	1.23	2.90	لا أستطيع أن أتحدث مع أحد بارتياح عن إصابتي بالسكري	سالبه	19	17
متوسطه	1.22	2.88	أغلب الأطباء لا يعرفون حقاً معنى الإصابة بمرض السكري	سالبه	22	18
متوسطه	1.35	2.87	مرض السكري لا يخيفني	موجبه	31	19
متوسطه	1.11	2.77	أشعر بالذنب لأن سيطرتي على مرض السكري محدودة	سالبه	20	20
متوسطه	1.22	2.52	لا أحب أن يعرف الآخرون أنني مصاب بمرض السكري	سالبه	17	21
منخفضة	1.05	2.48	أشعر بأن لدي القدرة على التكيف مع مرض السكري	موجبه	12	22
منخفضة	1.06	2.48	أعتقد بأن الأبحاث ستكتشف علاجاً لمرض السكري قريباً	سالبه	26	23
منخفضة	1.28	2.47	لدي القدرة على الاعتناء بمرضني دون الحاجة للآخرين	موجبه	29	24
منخفضة	1.28	2.37	لدي المعرفة بقدر ما احتاج من معلومات عن مرض السكري	موجبه	28	25
منخفضة	0.92	2.31	أشعر بالتحسن عند الحديث مع طبيبي عن مرض السكري	موجبه	14	26
منخفضة	1.19	2.30	أشعر بالإحراج لإصابتي بمرض السكري	سالبه	9	27
منخفضة	0.94	2.30	أشعر بأنني أستطيع السيطرة على مرض السكري	موجبه	13	28
منخفضة	1.04	2.28	إصابتي بالسكري تشعرني بعدم العدالة، بينما الناس العاديين يأتم صحة	سالبه	11	29
منخفضة	1.11	2.20	عندما ألتزم بحميتي الغذائية أشعر بصحة جيدة	موجبه	16	30
منخفضة	1.08	2.06	أستغل مرض السكري كعذر لأحقق أهدافي الخاصة	سالبه	15	31

Abstract

Azzam, Ziad. Hardiness and emotional adjustment among patients with diabetes in the governorate of Irbid. Master Thesis. Yarmouk University. (2014). Supervisor: Dr. Manar Bani Mustafa.

This study aims to identify the level of hardiness and the emotional adjustment among diabetics in the governorate of Irbid, as well as to identify the relationship between hardiness and the emotional adjustment, also to identify the statistical differences in the levels of hardiness and the emotional adjustment which can be related to: gender, age, educational level, marital status, the time since the patient was diagnosed with the disease and the type of treatment; the sample of the study consisted of 345 individuals who suffer from type II diabetes (Type2). To achieve the objectives of the study a scale of hardiness by Al-Talaa' and Al-Nagar (2002), in addition to another scale of emotional adjustment by Dunn, Smartt, and Turtle (1986) were used.

The study shows that the results of the scale of hardiness was (low), and the scale of emotional adjustment was (medium), it also shows a significant positive correlation between hardiness and emotional adjustment and the results indicates the presence of a significant statistically differences between the means calculation of hardiness attributed to the variable (type of treatment) in patients who are taking pills, the results also indicates the presence of a significant statistically difference

related to the variable (Age) among young patients (39 years or less); The results shows also a significant statistically difference between the means of hardiness related to the variable (educational level), among illiterate patients; in addition to a significant statistically difference between the means related to the hardiness of the variable (the time since the patient was diagnosed with the disease) among patients who have not been diagnosed with diabetes a long time ago (less than 4 years). The results also show absence of statistically differences between the means of hardiness due to the variables (sex, marital status). The results shows a statistically significant difference between the means of emotional adjustment in patients with diabetes in the Irbid Governorate due to the variable (type of treatment); in patients who are taking pills, in addition to the presence of a statistically difference between the means of the emotional adjustment according to the variable (age); among young patients (39 years old and younger). The results shows a statistically difference related to the variable (the time since the patient was diagnosed with the disease); among patients who have been diagnosed with diabetes (10 years and older), and it also shows the absence of the statistically differences between the means of the emotional adjustment attributable to the variables (gender, educational level, and marital status).

Key words: Hardiness, Emotional adaptation, Diabetics, Emotional